DE LA PRISE EN CHARGE A LA PRISE EN COMPTE

Pour introduire à l'empowerment en santé mentale

Mémoire de M2 de Philosophie Paris Ouest Nanterre
Département de Philosophie
Réalisé sous la direction de recherche de
Mr Stéphane Haber
Année 2011-2012

Claude DEUTSCH

SOMMAIRE

Introduction p3

1.La Psychiatrie Médicale (totalitaire) paradigme du XXIème siècle p10

- Le secteur psychiatrique p15
- Le DSM(Diagnostic and Statistical Manual p25
- Le Consentement éclairé p35
- La société psychiatrisée p43
- Pour conclure l'étude p49

2. Les philosophes alternatifs p52

- Foucault p55
  - la psychanalyse p57
  - le pouvoir p61
  - l'historiographie p69
  - la raison p76
- Deleuze et Guattari p86
  - sur la psych instit p88
  - sur l'héritage philo p92
  - sur l'individu, le schizo p94
  - sur l'évènement p99
  - sur la prise de parole p100
  - sur la théorie p102

3. L'empowerment ou appropriation du pouvoir p105

- La parole des intéressés p110
  - Philippe Guérard p110
  - Jean-Nicolas Ouellet p115
- Les disability studies p119
- Préalables épistémologiques p123
- Lévi-Strauss et Lacan p125

Conclusion : Pour introduire l'appropriation du pouvoir p132

Bibliographie p139

Introduction
Un nouveau paradigme sur la manière de traiter les fous: l'empowerment

L'histoire se passe en 1976. Aline, jeune normalienne de 26 ans, cherche à quitter l'hôpital psychiatrique, dans un service où le médecin-chef est par ailleurs, professeur de psychiatrie. Elle demande à être admise dans un Foyer. Elle vit, dit-elle, « dans un vide psychique, suite à un accouchement psychanalytique sauvage ».Quelque peu désarçonnés, le psychiatre et le directeur[1] vont demander à ce Professeur l'assurance de la possibilité d'une ré-hospitalisation en cas d'échec. En fait, Aline sait profiter au maximum des ressources de la psychothérapie institutionnelle au Foyer et en trois ans, y tient une place de leader positif conjointement avec un autre pensionnaire. (Elle est force de proposition au sein d'un groupe où elle est reconnue). Elle récupère la gestion de ses biens et prend une chambre en ville. Elle est alors convoquée par la commission d'attribution des pensions d'invalidité des agents de l'Etat et s'y rend avec le psychiatre du foyer. Elle attend, anxieuse, dans le couloir pendant ¾ d'heure. Que va-t-elle dire ? « Si je dis que je vais bien, ils vont me retirer ma pension, et j'en ai besoin pour payer ma chambre, vivre ; mais, je ne peux pas nier que je vais bien, que je vais mieux. Enfin ,ils la font entrer, ils ne la font pas asseoir ,et le Président lui dit « Mademoiselle, vous avez une schizophrénie, la schizophrénie est une maladie incurable, vous pouvez vous retirer ».Aline reprend donc sa route ,passe son permis de conduire, achète une petite voiture et entreprend avec succès une licence de psychologie. Quelque temps plus tard, elle passe avec succès un concours de recrutement à l'ANPE[2] et travaille comme prospecteur placier. Le directeur rencontre incidemment en ville le médecin-chef (Professeur de Psychiatrie) à qui il fait part de sa satisfaction de voir Aline « tirée d'affaire ».Voici sa réponse : « Elle est guérie. Nous nous étions trompé de diagnostic. Ce n'était donc pas une schizophrène mais une hystérique ».[3]

Cette histoire authentique fait apparaître les incertitudes et la fragilité du discours psychiatrique . Mais ses enseignements vont beaucoup plus loin, car on y voit en œuvre deux approches radicalement différentes de la même réalité, deux logiques de discours. Il y a le discours psychiatrique, qui

[1] Il s'agit de l'auteur
[2] Agence Nationale pour l'Emploi. Aujourd'hui Pôle Emploi
[3] Aline sera ré-hospitalisée de longs mois en 2006, puis en 2011.

enferme dans une catégorie (quitte à en changer), pose non seulement un diagnostic mais détermine un pronostic, et par là joue un rôle qui peut être déterminant sur l'avenir de la personne car, comme l'a montré J.Austin, toute affirmation a une dimension performative.[4] D'un autre côté, il y a la logique du discours d'Aline qui est dans une **reconquête.** Elle entend se réapproprier sa capacité de vie pour elle-même ,à travers son appropriation d'un espace personnel (son logement), d'une activité sociale (un emploi ,un permis de conduire),la (ré)appropriation d'une parole propre. Cette logique de discours, qui peut être individuel, mais qui peut aussi être soutenu collectivement, nous l'avons appelé, à la manière anglo-saxonne, l'empowerment, bien que nous préférions la traduction québécoise qui est "appropriation du pouvoir". L'ambiguïté, dans la sémantique française de la notion de pouvoir, au cœur de l'œuvre de Michel Foucault, nous oblige à cet anglicisme tant que nous n'aurons pas fait le travail d'analyse de cette notion.

C'est volontairement que nous n'avons pas évoqué un face à face entre ces deux logiques de discours. En effet, elles ne s'opposent pas, comme des positions militantes ,de part et d'autre, voudraient le faire croire, elles sont simplement différentes et c'est déjà extrêmement important de le dire. En fait, nous avons souvent le sentiment d'être tenu pour quelqu'un d'iconoclaste quand nous évoquons le fait qu'il puisse y avoir une autre logique de discours que celle du discours psychiatrique, une logique de discours qui n'appartienne pas à l'idéologie dominante, mais qui appartienne à ceux qui sont désignés, stigmatisés de fait et souvent dans une réalité sociale concrète, comme personnes ayant des troubles mentaux, que nous appellerons ici, comme c'est devenu courant , les usagers en santé mentale (et parfois, par commodité, les usagers tout court), conscients de la nécessité de préciser les termes. Bref, c'est d'alter-psychiatrie dont il s'agit, et non pas d'antipsychiatrie.

Mais, la question se pose, au-delà de cette petite histoire d'Aline, de savoir si nous n'allons pas trop vite, à opposer des logiques de discours, et si nous n'aurions pas pu parler à son sujet, tout simplement, de "prise d'autonomie", de "réhabilitation psychosociale", de "guérison", bref de la démarche d'un patient dans le cadre d'une pensée médicale.

[4]John .L. Austin :*Quand dire, c'est faire.* Le Seuil, Paris, 1970

Un travail d'analyse s'imposait donc, qui devait dépasser la simple expérience pour s'intéresser à l'histoire des idées.

Ce travail d'analyse se devait de s'ouvrir par une recherche sur le contenu de la position psychiatrique et cela pour deux raisons. La première est évidemment la position dominante du discours psychiatrique sur la question. Celle-ci s'explique fort bien , si l'on prend on considération l'angoisse générée par la souffrance psychique, et le besoin de maîtrise qu'engendre cette angoisse. Comme le dit justement Freud: " L'inquiétante étrangeté qui s'attache à l'épilepsie, à la folie, a la même origine [que le pressentiment des forces occultes face à la mort]. Le profane se voit là confronté à la manifestation de forces qu'il ne présumait pas chez son semblable, mais dont il lui est donné de ressentir obscurément le mouvement dans des coins reculés de sa propre personnalité"[5]. Face à cette angoisse, le besoin de chercher refuge dans le discours scientifique pour tenter de trouver une réponse à ce qui paraît incompréhensible est bien ,lui, compréhensible. Est-il pour autant efficace? Ou pour le dire autrement: est-il la démarche adaptée? La science, en effet, est ici face à une contradiction irréductible. Si sa mission est d'objectiver les phénomènes, son objet est, ici, la subjectivité. La deuxième raison tient à la genèse du paradigme de l'empowerment. Celui-ci se définit, comme on le verra, à partir d'un acte de désignation de la personne comme folle, ou plus exactement, de nos jours, comme malade mentale. La question se posait donc naturellement de savoir quels étaient ses rapports avec le paradigme psychiatrique. En était-il issu? Se posait-il en alternative? Se situait-il dans les mêmes logiques ou différemment? Ces questions expliquent pourquoi nous nous sommes attachés à décrire le paradigme psychiatrique du XXIème siècle ,et non la psychiatrie en général. La revendication de l'appropriation du pouvoir en santé mentale est un phénomène nouveau.

Cette recherche nous a conduit à considérer la limite de l'approche scientifique dans la prise en compte de la personne en souffrance psychique. C'est pourquoi nous nous sommes tournés vers les philosophes, dont l'approche nous semblait à même de nous éclairer sur le double phénomène de discrimination et disqualification du fou et de revendication de la parole,

[5] S. Freud. "L'inquiétante étrangeté" in S. Freud. *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Gallimard Folio Paris 1985 p249

double phénomène qui constitue le paradigme d'empowerment dans son double mouvement de dépossession et de ré-appropriation. Il s'agissait pour nous de nous limiter à l'étude la question dans le champ des personnes dont le comportement permet de penser un écart à la norme dans le fonctionnement psychique, des personnes qualifiées de folles. Par là même, nous avons bien sûr été tentés de réfléchir sur l'essence de la folie. Nous n'échapperons pas à cette question, mais l'aborder de front nous aurait entraîné dans des développements trop conséquents. Aussi cette question sera-t-elle ici traitée de biais, à l'occasion des débats avec les auteurs qui nous ont paru les plus pertinents sur ces questions: Foucault d'une part et Deleuze et Guattari , d'autre part. Qu'en est-il chez ces auteurs de ce double mouvement: reconnaissance d'une disqualification apriori/ appropriation du pouvoir des personnes en souffrance psychique?

Il ne convenait pas de stigmatiser, en retour, le discours psychiatrique comme discours stigmatisant, procès auquel il peut toujours répondre par une revendication de fondement humaniste et philanthropique, de la mission ,qui est la sienne de porter assistance à la personne en souffrance (psychique en l'occurrence) .Utilisant le terme de logique de discours, nous nous devons d'analyser le contenu du discours psychiatrique du XXIème siècle, et de voir dans quel contexte historique il s'inscrit, quelle est exactement sa fonction.

Puis nous chercherons à voir quels ont été, avant nous, les travaux philosophiques qui ont tenté de mettre en lumière cette parole de l'usager.

Enfin, nous ne nous contenterons pas d'affirmer, de revendiquer l'existence de l'empowerment, nous tâcherons de le situer lui aussi dans son contexte historique et sa fonction. Nous pensons que les mentalités concernant les faits sociaux, ici la question de la folie et la situation sociale des fous, ne sont pas des réalités intangibles, mais des manières de penser qui dépendent des locuteurs et du contexte. C'est dans cette perspective que nous guiderons notre recherche.

Il nous faudra donc d'abord partir de l'évolution de la pensée psychiatrique.

Nous .découvrirons "la maladie mentale en mutation" [6], dans une "société psychiatrique avancée"[7] qui promeut "la santé totalitaire"[8]. La reconnaissance

[6] A.Ehrenberg et Anne Lovell :*La Maladie mentale en mutation.* Odile Jacob. Paris 2001

[7] F.Castel, R.Castel, A.Lovell: *La société psychiatrique avancée* .Grasset Paris 1979

[8] R.Gori, MJ Del Volgo: *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence* Denoël Paris 2005

de la parole du patient sert-elle à une plus grande efficacité médicale? Clef de voûte de cette recherche, nous chercherons à voir si le concept de santé mentale est réductible dans le discours médical. Le discours médical ne serait-il pas, comme nous venons de voir, une tentative de maîtrise sociale d'un phénomène inquiétant, parce que signifiant la part incontrôlable de nous-mêmes?

Puis, avec Michel Foucault, nous découvrirons comment la Psychiatrie a rendu la Folie muette au nom de la raison au siècle de Lumières, comme il le soutient dans la Préface de l'édition de 1961[9] de L'histoire de la Folie à l'âge classique [10] , en nous demandant si c'est la folie en elle-même qui est bâillonnée ou bien plutôt les personnes " prises en charge" par le dispositif psychiatrique qui sont privées du droit de parole. Avec Deleuze et Guattari,[11] nous découvrirons comment, à partir de la pratique et la réflexion de la Psychothérapie Institutionnelle et un certain héritage philosophique, peuvent être pensés la question de l'individu-schizophrène et la schizo-analyse, une conception stoïcienne de l'événement et de la prise de parole, en nous interrogeant cependant sur l'effectivité d'une telle théorie moniste.

Enfin, nous verrons comment s'exprime cet "empowerment" et ce qu'il signifie. Nous tâcherons de voir comment il se situe en tant que composante de la revendication des Personnes Handicapées qui s'exprime à travers le mot d'ordre "Rien à notre sujet sans nous". Nous poserons la question: "Usagers ou citoyens?"[12] en nous appuyant sur les travaux sur "l'émergence des disability studies" [13]et "la question du sujet"[14]. Nous chercherons à voir comment les "usagers et survivants de la psychiatrie" peuvent penser et dire la question de leur place dans le monde à la lumière de ce nouveau paradigme et comment cela est reçu dans les instances internationales.(Leur aspiration rejoint celle du mouvement féministe[15], et des associations citoyennes[16]). Nous partirons de la parole des usagers eux-mêmes, respectant en cela leur

[9]M.Foucault*: "*Préface Histoire de la folie à l'âge classique*"* à *Dits et Ecrits* I.4. Gallimard. Paris 2001 p 187-195
[10]M.Foucault: *Histoire de la folie à l'âge classique* .Gallimard .Paris 1972
[11]Deleuze et Guattari *Mille Plateaux* Minuit Paris 1980 et Anne Sauvagnargues*. Cours* Université Paris Ouest-Nanterre 1er semestre 2011-2012
[12]M.Jaeger (Dir) :*Usagers ou citoyens?* Dunod, Paris 2011
[13]G.Albrecht, JF Ravaud, HJ Sticker : *L'émergence des disability studies: état des lieux et perspectives* Sciences sociales et Santé 19/4. 2001
[14]JF Ravaud: *Modèle individuel, modèle médical, modèle social: la question du sujet*. Handicap 81. 1999
[15]J. Butler: *Ce qui fait une vie*. La Découverte 2010
[16]Majo Hansotte: *Les intelligences citoyennes* De Boeck Université Bruxelles 2002

mot d'ordre, mais loin de chercher à "sacraliser" la parole de l'usager en santé mentale, nous chercherons enfin à déterminer ce que ce mouvement de reconquête, ce que "parler pour soi-même" veut dire quand cette question est liée à celle de la souffrance psychique. En nous appuyant sur les travaux de C.Lévi-Strauss et de J.Lacan, dans une démarche philosophique, nous verrons que, "dans ces conduites aberrantes**,** les "malades"[17]ne font que transcrire un état du groupe et rendre manifeste telle ou telle de ses constantes. Leur position périphérique par rapport à un système local n'empêche pas qu'au même titre que lui[18] ils ne soient partie intégrante du système total."[19] , et que par ailleurs:"L'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de sa liberté"[20].**Mouvement d'émancipation, l'empowerment, peut être défini comme une prodigieuse revendication à exercer la fonction symbolique, l'échange, et assumer par là la condition humaine.**

Ce présent travail se présente comme une introduction à une recherche qui portera en titre "Je suis fou, et vous?", titre accompagné de ces deux sous-titres " Aussi vrai que la folie existe, "le-fou" n'existe pas " et " Le jour où des personnes peu habituées à parler seront entendues par des personnes peu habituées à écouter, de grandes choses pourront arriver". C'est dans le cadre de cette réflexion sur la discrimination des personnes étiquetées comme folles que nous avons mené cette présente recherche sur l'appropriation du pouvoir: un nouveau paradigme de la manière de considérer les fous.

[17] les guillemets sont de Lévi-Strauss

[18] il s'agit du système local

[19] Lévi-Strauss C: *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss* in M.Mauss *"Sociologie et anthropologie* Puf Quadrige 2003 p xx

[20] Lacan J. "Propos sur la causalité psychique" in .Ey H (Dir) *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses (3ème colloque de Bonneval)* Tchou 2004. Repris in Lacan. J: *Ecrits.* Le Seuil. Paris 1966.

1-La Psychiatrie Médicale(totalitaire), Paradigme du XXIème siècle[21].

[21]Le choix de ce titre sera explicité dans la conclusion du présent chapitre.

Dans ce chapitre, nous nous attacherons à décrire la pensée psychiatrique du XXIème siècle. Pour cela nous devons, d'abord, faire le constat que la pensée psychiatrique procède par paradigmes successifs, puis décrire les caractéristiques du paradigme actuel: le secteur psychiatrique comme dispositif, le DSM comme clinique, l'équivoque du consentement et la société médicalisée. Nous en conclurons que la pensée psychiatrique permet de tenir un discours totalisant sur/de la folie comme maladie mentale excluant la parole des premiers intéressés.

Faut-il le regretter ou s'en réjouir? C'est un fait que la société a confié à un corps spécialisé de médecins, les psychiatres, le sort des personnes en souffrance psychique.. La souffrance psychique est reconnue comme maladie par Hippocrate, cela est repris sans discussion dans le Timée de Platon" Les révolutions de l'âme quand elles donnent à ce qui est même que quelque chose ou à ce qui est autre le prédicat contraire au vrai se trouvent ainsi plongées dans l'erreur et dans la folie, parce que alors aucune des révolutions qui se produisent dans les âmes ne commande ni ne dirige." (44a) "La maladie de l'âme ,il faut en convenir, est la déraison; or, il y a deux sortes de déraison : la folie et l'ignorance. Par la suite, toute affection qui comporte l'un ou l'autre de ces troubles doit être appelé une maladie"(86b). Depuis les travaux de Jean-Pierre Vernant, nous savons cependant que la pensée grecque n'est pas une vérité universelle intangible, mais une construction, née avec la Cité, prenant l'agora comme centre."Ce n'est certainement pas le fait du hasard si la raison surgit en Grèce comme conséquence de cette forme si originale d'institutions politiques qu'on appelle la Cité "[22]. " La guérison de la folie (et aussi sa prévention) met en œuvre les moyens qui permettent de "persuader" le *thumos*, de le rendre discipliné, docile au commandement...Ces techniques forment une paideia ...Elle[la paideia] réalise en eux[les individus] la santé ,l'équilibre; mais du même coup, elle acquiert une vertu sociale, une fonction politique...la *sôphronè* réalise une cité harmonieuse" [23]. Ce rappel des origines a pour but de mettre l'accent sur la fonction sociale de la psychiatrie et non d'initier une histoire de la psychiatrie des origines à nos

[22]J.P.Vernant :"Raison d'hier et d'aujourd'hui" in *Religions, histoires, raisons* 10/18 la Découverte Paris 1979 p100

[23]J.P.Vernant: *Les origines de la pensée grecque* PUF Paris 1992 p86. Cette citation est reprise et développée en p 80

jours à la manière d'un Claude Quetel[24]. Cette approche nous a introduit cependant à notre sujet ,dans la mesure où l'on y voit, dès le début, l'articulation entre savoir psychiatrique et pensée du groupe social dans lequel cette pensée s'exprime et prend forme. La pensée psychiatrique procède par paradigmes successifs.

Dans un livre de 1998[25], repris et résumé dans un article publié en 2001 dans l'ouvrage cité "La maladie mentale en mutation":"L'histoire contemporaine de la psychiatrie ,dans ses rapports avec la société française", Georges Lantéri-Laura montre l'évolution des paradigmes de la psychiatrie moderne de Pinel à Henri Ey. Il montre, comment à la suite de "révolutions scientifiques"[26]dont il emprunte le modèle à T.Kuhn, la psychiatrie est passée, en un siècle, d'une conception de la folie définie comme "aliénation mentale" (illustrée par Esquirol) pour s'inscrire dans une démarche de différenciation des "maladies mentales" (avec le rôle prévalent de J.P.Falret), puis dans une démarche de reconnaissance des grandes "structures"(revendiquée par Henri Ey) et la différenciation majeure des névroses, des psychoses et des perversions. Comme le montre Lantéri-Laura, chaque modèle , d'ailleurs, semble se bâtir sur la critique du modèle précédent mais, dans la pratique, les anciens modèles cohabitent avec le nouveau . Pour une raison simple d'ailleurs, qui tient au fait que le discours psychiatrique n'a aucune autonomie, mais se coule dans l'air du temps: La recherche d'une réponse à la suppression des lettres de cachet et une notion de l'homme basée sur la responsabilité individuelle pour le paradigme de l'aliénation mentale, la révolution médicale introduite par Bichat et Laennec pour celui des maladies mentales, la démarche épistémologique structuraliste de l'après guerre, enfin. "Les représentations culturelles de la folie peuvent, d'un point de vue anthropologique, se suffire toujours à elles-mêmes et, du point de vue de l'épistémologie, elles précèdent toujours la psychiatrie d'une précession à la fois temporelle et logique" [27]. En 1998 ,et de sa place, Lantéri -Laura ne doute pas de la fin du 3ème paradigme, mais s'interroge sur l'existence d'un nouveau

[24]C. Quétel *: Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours.* Tallandier. Paris 2009

[25]G.Lantéri-Laura: *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Editions du temps 1998

[26]Thomas S.Kuhn*: La structure des révolutions scientifiques* . Flammarion 1972

[27]G.Lantéri -Laura , "Histoire contemporaine de la psychiatrie française", in Ehrenberg et Lovell op cit p250

paradigme[28]. C'est à définir celui-ci que nous allons nous attacher .On peut se demander, au préalable, si G.Lantéri-Laura ne fait pas ici une utilisation abusive du concept de paradigme. Il s'en explique clairement. Après avoir exposé que la psychiatrie n'est en rien comparable à l'astronomie et à la physique théorique, qui sont les disciplines qui servent de modèle d'explication à T.Kuhn, G.Lantéri-Laura nous dit :" Le terme même de paradigme pourra nous servir utilement pour désigner une conception assez globale qui, pendant toute la durée d'une certaine période, servira à réguler tout un ensemble de connaissances théoriques et pratiques alors en usage, non pas comme une théorisation dont elles se déduiraient, mais comme la délimitation et l'organisation d'un certain domaine où des *possibles* pourraient aussi bien se compléter que s'opposer...Nous pouvons concevoir le rôle du paradigme en psychiatrie ,comme ce qui unifie, pendant une période plus ou moins longue toute une série de représentations théoriques et pratiques qui s'accommodent les unes les autres, ou d'ailleurs, s'excluent, tant que ce paradigme fonctionne effectivement".[29] C'est donc dans une acception fonctionnelle, quasi langagière, plus que théorique d'un point de vue épistémologique, qu'il faut entendre le paradigme tel que définit G. Lantéri-Laura. Le paradigme, c'est, au fond à la fois le support et le contenu des "Conférences de Consensus".

Edouard Zarifian illustre bien le paradigme psychiatrique du XXIème siècle dans "Les jardiniers de la folie"[30]. Il montre qu'il a lu Foucault quand il nous écrit.: "La "folie" existe en germe en chacun de nous. Il est pratiquement impossible de définir la folie. Attribuer à la folie un statut de maladie donne bonne conscience à la société qui ne se sent pas impliquée dans la genèse du phénomène. La folie est un corps étranger que l'on expulse vers le rationnel, le savoir, la science, c'est-à -dire vers le médecin psychiatre[31]".Dans le même temps, il pose un discours médical quelques pages après: "Le diagnostic est maintenant défini par le traitement qu'on lui applique", "Sans chercher à rendre compte de toute la pathologie psychiatrique, on peut tenter d'illustrer les principaux diagnostics par de brefs portraits: l'anxiété, la dépression,

[28]Dans l'article de 2001 cité, il évoque de manière caractéristique : "le passé au présent" .
[29]G.Lantéri-Laura: *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Editions du temps 1998 p 42
[30]E.Zarifian*: Les jardiniers de la folie.* Odile Jacob 1988
[31]ibidem p36

l'état maniaque,, la bouffée délirante aiguë, la schizophrénie chronique, le délire paranoïaque"[32].

Alain Ehrenberg et Anne Lovell, dans l'article "Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie?" qui ouvre leur livre "La maladie mentale en mutation"[33], mettent "successivement l'accent sur quatre grands types de transformations ayant affecté la psychiatrie depuis quarante ans. Leur découpage nous semble pertinent pour définir le nouveau paradigme, et nous nous en inspirerons. Cependant, notre propos est différent des auteurs qui tentent de décrire l'aggiornamento de la psychiatrie, quand nous voulons confronter celui-ci à un autre mode de pensée, et nos références sont aussi ailleurs. Nous étudierons, donc, d'abord le dispositif psychiatrique, c'est à dire **"le secteur psychiatrique**", qui posera la question de la finalité de la désinstitutionalisation, puis analyserons l'outil psychiatrique **"le DSM"**[34]**,** qui nous permettra de faire le point sur la méthode clinique et le recours au médicaments. Dans un troisième temps nous nous intéresserons à **"la place de l'usager"** dans le dispositif psychiatrique: acteur ou otage? Enfin ,nous évoquerons la question de "**la médicalisation de la société"** .Cette démarche est logique, en raisons de finalité: Nous partons de la situation dans ce qu'elle a de particulière et spécifique :le dispositif psychiatrique, pour finir sur la question de la citoyenneté. Au cœur de ce parcours, la réflexion sur la santé-et particulièrement de la santé mentale. La santé-et donc la santé mentale est-elle une discipline médicale ou un bien commun, dans sa double acception d'ordinaire et de partagé?

[32]ibidem p52

[33]A. Ehrenberg et A.Lovell "Pourquoi avons nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie"in A. Ehrenberg et A.Lovell (dir) op cité p12

[34]Le DSM ,acronyme de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est l'ouvrage de référence dans ce domaine aujourd'hui.

Le secteur psychiatrique

L'analyse de la pensée actuelle sur le secteur psychiatrique nous a amené à définir cette pensée comme "pensée du dispositif" ou "pensée asilaire hors des murs". En disant cela, nous contestons le discours humaniste qui veut que le secteur soit l'outil de non-ségrégation sociale "par excellence". Nous ne contestons pas le fait que le secteur puisse jouer un rôle dans une politique non-ségrégative, d'où la difficulté et la longueur de cette étude. Il nous a fallu revenir aux intentions fondamentales des fondateurs du secteur dans leur variété et leurs complémentarités, et les débats qui les ont animés.

La pensée administrative...

Pour étudier l'histoire et la fonction du dispositif psychiatrique, nous nous sommes d'abord intéressés à ce que pouvaient en dire les penseurs administratifs. Nous verrons que c'est leur pensée qui domine la conception de la psychiatrie aujourd'hui. Nous pensons que ces auteurs jouent un rôle, qui ne saurait être minimisé dans l'étude d'une réflexion sur la pensée psychiatrique, de par même leur influence sur la politique mise en œuvre. L'ouvrage."La prise en charge de la Santé Mentale" est un recueil d'études statistiques[35], de l'équipement psychiatrique du territoire, c'est à dire un état des lieux du secteur. "La psychiatrie est une discipline de moins en moins opaque et le champ des connaissances objectives concerne tout ce qui constitue un dispositif de soins: les usagers, les professionnels et les structures de soins. Ces travaux statistiques permettent d'établir un bilan étayé de la sectorisation psychiatrique"[36] nous informe G.Massé dans sa préface. Pour ces auteurs, pas de place pour le doute: "La santé mentale", c'est un terme pour dire "la psychiatrie".[37] La psychiatrie , c'est-à-dire son organisation sociale. Son organisation, aujourd'hui , c'est le secteur. Ce prima donné à l'organisation sociale se double d'une défiance des pratiques qu'elle est censée abriter. J.de Kervasdoué, ancien Directeur Général de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins au Ministère de la Santé nous dit: "La psychiatrie publique est la seule discipline [médicale] dont l'organisation soit

[35] M.Coldfy(coord): *La prise en charge de la Santé Mentale", recueil d'études statistiques.* La documentation française 2007

[36] *ibid* p9

[37] Il convient de relever le curieux , titre de l'ouvrage: *""Prendre en charge" la psychiatrie"*. Le terme de prise en charge est traditionnellement utilisé pour les patients. On ne saurait trop bien dire l'assujettissement du dispositif à l'appareil administratif.

territoriale. En France, l'assurance maladie, bonne fille rembourse tout: Th.Kuhn utiliserait le terme de "pré paradigmatique" pour décrire l'état de la santé mentale, c'est-à-dire que beaucoup de théories concurrentes cohabitent sans qu'aucune ne l'emporte sur les autres, sans qu'un paradigme dominant ne s'impose du fait de l'efficacité des thérapeutiques qu'il aurait permis de mettre en œuvre"[38].C'est que pour l'esprit administratif, il ne s'agit pas de répondre à une demande, mais à un besoin .(La souffrance exprime-t-elle un besoin?) " La situation actuelle donne, malgré tout, satisfaction aux patients, aux familles et aux professionnels qui ont la responsabilité de leur venir en aide...ils ont en effet le choix des structures et celles-ci sont adaptées à leurs **besoins."**[39] Pour le gestionnaire de l'organisation des soins, c'est la seule question qui vaille. Pour l'auteur, cette organisation est un heureux aboutissement : "Nicole Horrassius -Jarrié indique "Les sources d'inquiétude paraissent nombreuses: retour en force des neurosciences, technicité de la médecine, pression de l'économique, évaluation objectivante, perte de l'humanisme; elles paraissent même l'emporter". A l'exception d'une perte d'humanisme que nous pouvons effectivement tous craindre, ces sources d'inquiétude me paraissent raisons d'espérer...Les croisés de la désinstitutionalisation, les briseurs de serrures, les libérateurs des enfermés, les destructeurs d'asile, les inventeurs du secteur ont perdu la fougue de leur jeunesse, peut-être parce qu'ils ont en partie réussi. Les années 1960 sont de l'histoire ancienne et les combattants de la première époque sont, pour les survivants, à la retraite. Leurs successeurs ont pour projet de franchir l' étape ultime , celle de changer définitivement le centre de gravité du système de prise en charge en donnant le rôle dominant à l'ambulatoire".[40]

Pourtant, dans l'article suivant du même ouvrage , R. Lepoutre ne se montre pas aussi enthousiaste: "Le premier échec du secteur est probablement de n'être pas devenu le modèle d'organisation du système de santé, mais d'être au contraire resté tributaire de l'hôpital spécialisé"[41].Alors, le secteur serait un

[38]J.de Kesvadoué ."La santé mentale en France à l'aube du XXIème siècle" in R.Lepoutre et J.de Kervasdoué (dir):*la santé mentale des français* .Odile Jacob Paris 2002 p14

[39]*idem* p 15

[40]*ibid* p11et12

[41]R.Lepoutre "Psychiatrie et Santé mentale "in: Lepoutre et Kersvadoué ,op cit

déplacement de l'asile hors des murs? Le signifiant d'extrahospitalier le montre bien comme le disent A.Ehrenberg et Anne Lovell[42].

L'histoire du secteur: les fondements

Puisque J.de Kesvadoué nous y invite, visitons l'histoire du secteur psychiatrique. On peut difficilement comprendre l'histoire du secteur psychiatrique, si l'on ne distingue pas deux composantes du mouvement de désinstitutionalisation que sont d'une part la recherche d'une mise en place d'une psychiatrie communautaire, au sens de médecine prophylactique inscrite dans la cité, et d'autre part les pratiques alternatives à la réalité mortifère de l'asile psychiatrique. On peut difficilement en saisir les enjeux si l'on ne distingue pas ce qui est du management administratif, de ce qui est l'engagement philosophique des acteurs. Comment comprendre que certains auteurs[43] mettent le courant de psychothérapie institutionnelle comme co-acteur de la genèse du secteur psychiatrique, quand G.Daumézon montre avec raison qu'il y a là deux démarches opposées."C'est pas la même chose, le secteur et la psychothérapie institutionnelle; je dirais presque que c'est antinomique, parce que la psychothérapie institutionnelle[...]consiste à utiliser au maximum l'institution hospitalière alors que le secteur[...]consiste à être hors de l'hôpital, et à n'être pas maître de l'institution".[44] Comment comprendre, comme le montrent certains auteurs[45] ,que les antipsychiatries aient pu contribuer à la nouvelle forme de service public psychiatrique ? Comment ne pas entendre ,par ailleurs, que les pratiques de G. Daumézon[46], de Paul Sivadon[47], de Philippe Rappard sont inspirées par l'humanisme pragmatique de leur protestantisme autant que celles de L. Bonnafé, de L. Le Guillan, de S.Follin le sont par leur militantisme communiste? Les uns et les autres cherchent à répondre à la **demande** qu'exprime la souffrance, et non, comme Kersvadoué, à un prétendu **besoin** objectif, qui est en fait l'expression d'un **mandat** social. On voit bien, à partir de là, que les acteurs de terrain et

[42]article cité nbp 30, p 20
[43]G.Lantéri-Laura, article cité 2001 et P.Coupechoux: *Un Monde de fous*. Le Seuil Paris 2006
[44]In F.Fourquet et L.Murard: *Histoire de la psychiatrie de secteur* Recherches 1980, cité par Y.Bernard : L "L'évolution de 1838 à aujourd'hui" in R.Lepoutre et J de Kervasdoué op cit p 47
[45]G.Lantéri-Laura, article cité 2001 et par allusion Y.Bernard
[46]Vie Sociale et Traitement(VST) n°128 mai 180:*Georges Daumézon*
[47]P.Sivadon: *Psychiatries et Socialités* Erès Toulouse 1993

les administratifs ne pourront jamais s'entendre sur la notion d'évaluation. Evalue-t-on une demande de la même manière qu'un besoin?

L'histoire du secteur: les pratiques

Comme le relèvent Y.Bernard[48] et J.Garrabé[49], c'est Edouard Toulouse qui crée en 1921 un service ouvert à l'intérieur de l'Hôpital Ste Anne(l'hôpital Henri Roussel) qui assure dès cette époque des soins à domicile et, en 1922, le Comité d'Hygiène Mentale. En reprenant ce signifiant, E.Toulouse manifeste sa filiation au mouvement hygiéniste en vogue à cette époque, dans l'héritage de l'enseignement de L.Pasteur et qui a remporté des victoires évidentes dans la lutte contre la syphilis et surtout la tuberculose. La création, le 1er juillet 1935, d'une association "pour la recherche, l'étude et la diffusion de procédés thérapeutiques curatifs et prophylactiques des maladies nerveuses et mentales"[50] permet l'ouverture ,le 1er octobre de la même année du premier dispensaire de la rue de Montebello à Paris:" A ce sujet , E.Jacob nous dit "Ainsi, tout était conçu dès 1935,jusqu'au mot "secteur""[51].L'erreur serait de jeter le bébé avec l'eau du bain, et de critiquer le projet de l'hygiène mentale comme entreprise de maîtrise sociale (cf infra), sans voir la volonté de prise en compte de la réalité sociale des personnes que ce mouvement a initié. Le mouvement est loin d'être limité à la France, il est international, particulièrement fort aux Etats Unis où le mouvement de Santé Mentale prend naissance de l'alliance entre les médecins hygiénistes et des usagers ,à la suite du livre au retentissement national de Cliffton Beers relatant son hospitalisation psychiatrique [52] C'est au même moment historique et dans le même mouvement que nait le corps des assistantes sociales.[53] Prise en compte de la réalité sociale ou maîtrise sociale? C'est toute l'ambiguïté de l'action sociale. L'équivoque est là dès le début, comme couple de force entre la demande et le mandat: "Il [P.Doussinet] était celui qui construisait, créait,

[48]Y.Bernard."L'évolution de 1838 à aujourd'hui "in Lepoutre et de Kervasdoué op cit p 63 Y.Bernard est le pseudonyme d'un directeur d'hôpital attaché à la Mission Nationale d'Appui en santé Mentale (MNASM)
[49]J.Garrabé:"La dimension sociale de la psychiatrie française" in J.P.Arveiller (dir) *Pour une psychiatrie sociale* Erès 2002
[50]Henri Doussinet." Le docteur Pierre Doussinet. Fondations et Croisades".in JP Arveiller, op cit
[51]ibid
[52]Cliffton Beers: *Esprit perdu , esprit retrouvé* . Payot.Paris 1951 et E.B.Brody: *The search for mental Health A history and Memoir of WFMH* Sans tache.usa 1998
[53]J.Vergès-leroux: *Le travail social* Minuit Paris1978

voyait les choses...moi je faisais de la médecine, du laboratoire", raconte E. Jacob dans le récit de la création du dispensaire de la rue de Montébello [54].

Lucien Bonnafé et la naissance du secteur

Au lendemain de l'occupation et de la Libération, c'est pour lutter, non seulement contre l'effet pathogène, iatrogène, de l'hospitalisation de longue durée, mais aussi au nom de la lutte contre le projet totalitaire que luttent les partisans du secteur psychiatrique. L'article de Lucien Bonnafé: " Les témoins des proscrits" porte en sous-titre: "De l'insoumission à l'innovation" et se conclut par ces mots très forts: "Mais il demeure que *séparer* les fous du commun des mortels, *enfermer* ceux qui les soignent dans le champ borné de leurs institutions et de leurs cénacles, *proscrire* ou *censurer* toute parole ou pensée vagabondant hors des sentiers battus, ne sont pas d'une autre trempe que tout ce qui tend à *barrer, bloquer, inhiber* les capacités du *sujet* quant à résoudre sans fin les contradictions dont son être pour-soi-et-pour-autrui est tissé...Etant donné que toute vision de l'*unité* et de la *totalité* de l'être d'autant plus *singulier* qu'il se reconnait *pluriel* renvoie au thème de l'utopie avec son inépuisable fécondité, et les terrifiantes perversions "totalitaires" dans lesquelles toute *puissance inhumaine* le pousse à dériver"[55].

Nous voyons l'incompréhension que les penseurs administratifs ont de la pensée de Lucien Bonnafé, dans l' article précité d'Y.Bernard quand il évoque chez Bonnafé "la revendication de chronicité": "La chronicité, dit-il, est ,en effet, consubstantielle à la maladie mentale du fait de son évolution lente" [56] Rien est plus opposé, à notre avis, de la pensée de Lucien Bonnafé qui écrit en 1979:"Comment les pesanteurs héritées tendent-elles à s'infiltrer dans toute tentative d'intention moderniste? Il y a le clivage aigus/chroniques, la perte de vue, dans le discours et la pratique, de ce que les chroniques sont *faits* avec les aigus ,et de la continuité, dans l'aventure humaine, de la problématique du drame dans la compensation et la décompensation"[57].Là où L.Bonnafé remet en cause notion de prise en charge: "Il y a la difficulté, dans

[54]H.Doussinet,op cit

[55]L.Bonnafé. l'information Psychiatrique 63,n°8 1987, repris dans L.Bonnafé *Désaliéner? Folie(s) et société(s)* PUM Toulouse 1991p 216

[56]Y.Bernard, op cit

[57]L.Bonnafé. "Transiter dans la crise" in *Transition n°1* ASEPSI 1979 p11. Les mouvement des Structures Intermédiaires , qui joue ici un rôle important n'est pas développé ici car sera étudié dans la 4ème partie de ce chapitre,(la médicalisation de la société) et dans le 3ème chapitre (qu'est-ce que l'empowerment?)

notre culture, de se situer au service de quelqu'un sans tomber dans toutes les inflations de l'idée de "prise en charge", avec la tentation tutélaire."[58] Y. Bernard voit, avec certes des références philosophiques, quelque chose qui serait plutôt de l'ordre de la continuité des soins, et aussi de la prise en compte de la différence: "La revendication de la chronicité peut s'expliquer par un souci plus philosophique de ne pas abandonner cet AUTRE, si radicalement différent en apparence, mais en vérité si proche et dont l'altérité nous livre la réalité de notre identité...Cette vérité de l'AUTRE sur nous-mêmes fonde le socle commun du mouvement structuraliste qui, de Lévi-Strauss avec les Amérindiens de Tristes Tropiques à Foucault, dans son questionnement sur la raison oppressive et le silence de la folie, en passant par Lacan et ses Ecrits, a donné ses justifications théoriques à la psychiatrie de secteur"[59]. Nous voyons là aussi comment s'opère une dérive qui va constituer l'équivoque du secteur: Quand Y.Bernard parle d'une "altérité[qui]nous livre la réalité de notre identité", n'est-il pas là en train de reconstruire le mythe d'une égalité au-delà des différences qui est une négation de la différence, qui est une manière de nier l'altérité? C'est à quoi servira la sacralisation du secteur.

Antipsychiatries et psychothérapie institutionnelle

Avant de parvenir à l'aboutissement de cette dérive, poursuivons notre enquête sur les fondement théorico-philosophiques du secteur. Il est, de fait, tout-à-fait juste de dire que cette prise en compte de l'altérité est présente dans la préoccupation des promoteurs du secteur. Encore faut-il préciser que c'est souvent plus dans une dimension existentialiste que de dissolution du sujet que les acteurs opèrent. C'est bien plus qu'une simple référence culturelle commune, c'est une approche des valeurs philosophiques partagées qui unit alors les acteurs désireux d'un changement et de la disparition de l'hôpital psychiatrique classique.

Sans cela, on ne peut comprendre l'impact des discours antipsychiatriques. Sartre est la référence de Félix Guattari, il préface le livre de R.Laing et

[58] *idem*

[59] Y.Bernard, op cit p 63

D.Cooper "Raison et Violence"[60] et dialogue avec Franco Basaglia dans " Les criminels de Paix"[61]

Le mouvement initié dès les années 1970 par Franco Basaglia a largement contribué à provoquer cette politique de désinstitutionalisation. La loi 180 reste exemplaire à cet égard. Elle a clairement influencé les décideurs politiques français. A la différence de ce qui s'est passé en France, où le secteur est resté l'affaire des techniciens de la psychiatrie, la démarche italienne a été d'emblée une démarche politique portée par des élus locaux, comme Tomasini à Parme, qui ont accompagné le mouvement en ayant le souci de mettre à la disposition de l'appropriation de l'espace social par les usagers des structures municipales et des bénévoles "non-spécialistes"[62]. "L'opérateur psychiatrique n'est plus celui qui enferme, mais celui qui intègre socialement" dit P.Tranchina à cette époque[63].Cependant on voit dans cette phrase toute l'ambigüité qui peut apparaître aujourd'hui avec le recul, mais conforme à la pensée de l'époque: l'insertion sociale n'est pas une inclusion sociale basée sur l'appropriation de l'espace social par l'usager, mais une opération, un acte, un dispositif de "l'opérateur psychiatrique".C'est à notre sens à tort que l'on a parlé en France d'antipsychiatrie italienne pour le mouvement de psichiatria democratica.

Ce mouvement est très différent de celui des antipsychiatres anglais et américains, même si l'on retrouve, chez les uns comme chez les autres des références à la phénoménologie et à l'existentialisme.[64]Ce qui intéresse les antipsychiatres anglais, à la suite des travaux de T.Szasz[65] et d'E.Goffman[66], c'est de dénoncer le marquage et la stigmatisation qu'entraîne le repérage diagnostique et la désignation du sujet comme fou, c'est la détermination par le regard de l'autre, mais c'est aussi le vécu de la personne délirante. "Le Moi divisé" de R.Laing[67] ,notamment est un remarquable essai d'analyse du vécu de la personne qualifiée de psychotique par une approche phénoménologique existentielle. Il permet de saisir le phénomène de l'insécurité ontologique à

[60]R.Laing et D.Cooper: *Raison et violence* Payot 1972
[61]F.Basaglia: *Les criminels de Paix*, PUF 1980
[62]Voir à ce sujet les travaux de Paolo Henry, à Turin
[63]C.Louzoun et S.Stylianidis*: La nouvelle psychiatrie italienne* .La Documentation Française 1987
[64]F.Basaglia: *Les criminels de Paix*, PUF 1980 et D.Laing et D.Cooper *Raison et violence* Payot 1972
[65]T.Szasz: *Le mythe de la maladie mentale*. Payot. P aris1975
[66]E.Goffman.: *Asiles* Minuit Paris1968 et *Stigmates* .Minuit Paris 1975
[67]R.Laing:*Le moi divisé* Stock Paris1979

partir de ses trois caractéristiques: des sensations d'engloutissement, d'implosion et de pétrification, et resitue ce faisant le phénomène psychotique comme un processus, non pas étrange et étranger, mais profondément humain.
Curieusement, il est de bon ton aujourd'hui, dans les milieux de la psychothérapie institutionnelle de récuser l'antipsychiatrie anglaise[68], faisant fi de l'échange fructueux provoqué par Maud Mannoni lors du colloque "Enfance aliénée"[69]. Certes, D.Cooper, dans "Psychiatrie et antipsychiatrie",[70] voit dans le processus psychotique l'expression d'une révolte sociale et nie la distinction entre aliénation psychique et aliénation sociale, sans voir que cette révolte est non pas sociale mais métaphysique[71].Certes, on peut se demander si la métanoïa, le retour en arrière , est une quête, mais c'est, en tous cas, une recherche, celle, désespérée, de réappropriation du sentiment d'exister.
Et cette recherche du sens de ce qui se dit dans la psychose fait aussi partie de l'approche de la psychothérapie institutionnelle. F.Tosquelles a réussi ce tour de force: sa thèse de doctorat français [72]est un extraordinaire plaidoyer antipsychiatrique. La psychothérapie institutionnelle resitue le sujet comme acteur. Elle propose une réappropriation des capacités, et par là, une réappropriation de l'identité . C'est très important. Mais pour ce faire, elle ignore la question de la citoyenneté. La réappropriation des capacités, et de la parole par le sujet se font dans un cadre précis, déterminé par le projet thérapeutique. La psychothérapie institutionnelle, dans son ensemble, s'inscrit elle-même pleinement dans le projet (et Foucault dirait le pouvoir) psychiatrique. On peut d'ailleurs dire aussi de l'antipsychiatrie qu'elle est une certaine psychiatrie, sans pour autant assimiler, comme le fait Foucault, le traitement de Mary Barnes[73] à celui de Georges III.

De la dérive du secteur à l'aggiornamento d'une politique d'emprise:

On a vu comment J.de Kersavoué traitait les promoteurs du secteur. Ceux-ci s'inscrivaient peu ou prou dans la référence structuraliste dont on a vu qu'elle

[68]Voir notamment Jean Oury et Marie Depussé :*A quelle heure passe le train...*Calman-Lévy Paris 2003
[69]M.Mannoni: *Enfance Aliénée* .Denoël, Paris, 1984
[70]D.Cooper: *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Le Seuil, Paris, 1970
[71]A.Camus: *L'homme révolté* Gallimard Paris 1951
[72]F.Tosquelles.: *Le vécu de la fin du monde dans la folie.* Arefppi 1986
[73]M.Barnes et Jo Berke: *Mary Barnes, Un voyage à travers la folie* Le seuil Paris 1973

était la base d'une pensée en terme de grandes "structures" (Névrose, Psychose, Perversion), fondement théorique du paradigme psychiatrique précédent. Comment penser le secteur aujourd'hui? Y.Bernard a une formule choc et éloquente: il parle du" triomphe et de la sacralisation du secteur: le totem...Les mêmes causes produisant les mêmes effets: la légalisation du secteur, la mise en sommeil des conflits idéologiques et les préoccupations gestionnaires vont permettre la généralisation d'une organisation sectorielle...Les conflits font place à un pragmatisme consensuel en faveur d'une conception biopsychosociale. Cette notion stipule que l'axe biologique, avec pour réponse la médication, et l'axe social avec un suivi communautaire sont essentiels"(Lecomte et Lesage, in l'Information Psychiatrique)"[74] "Autrefois diabolisée, la sectorisation, ou plutôt sa pratique actuelle devient sacrée. La sectorisation, modalité de soins en santé mentale[entendue ici comme acception moderne de la psychiatrie, NDA]s'est muée en religion avec son dogme et son clergé, où toute critique, même mineure du secteur ou d'un de ses simples aspects constitue un sacrilège qui voue son auteur aux gémonies de l'enfer"[75]"La citation de Lecomte et Lesage faite par Y.Bernard est exemplaire quand on la lit jusqu'au bout:" Toutefois, ces deux axes sont encadrés par le psycho-développement qui avec la relation thérapeutique duelle constituent l'axe intégrateur". Nous avons là deux axes encadrés par un axe intégrateur lui-même composé de deux composantes! Comment s'y retrouver? Cela illustre bien le "pragmatisme consensuel".[76]

Avant de voir qu'il est la mise en mot d'une pratique: celle du DSM, voyons quelles sont les perspectives du secteur sacralisé, où le dispositif médical tient lieu de pensée sur la souffrance psychique. Les rapports multipliés pour montrer la voie que devrait suivre l'organisation psychiatrique pour être plus authentiquement communautaire: Le rapport d'E.Piel et J.L.Roelandt "De la psychiatrie à la santé mentale", en 2001, qui a inspiré le Plan de Santé Mentale de B.Kouchner, le rapport de mission P.Cléry-Melin, V.Kovess, J-C.Pascal "Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, le rapport Couty "Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie." Bien que se situant dans un effort

[74] Y Bernard, op cit p49
[75] ibid p60
[76] Cf infra où on verra que la référence aux "axes" est un des canons de la pensée DSM.

louable de rendre le soin plus accessible aux personnes en souffrance psychique et de lutter contre la discrimination dont ils font l'objet, de développer des lieux de concertation, de développer parfois des alternatives sociales (qui manquent cruellement), ces différents rapports reposent tous sur une pensée plus médicale que sociale et communautaire, et préconisent un aggiornamento psychiatrique plus qu'une refonte de la pensée médicale, une réorganisation de l'offre de soins. Pourtant, comme le relèvent A.Ehrenberg et A.Lovell: "Erving Goffman avait montré en quoi toute pathologie mentale relève aussi d'un processus social: avant d'être pris en charge par un professionnel, le malade mental est quelqu'un qui enfreint les règles communes de l'interaction sociale...Ces symptômes particuliers ne peuvent être réduits à ces disfonctionnements neurophysiologiques dont il est tant question dans les recherches contemporaines en psychiatrie. Ils sont, en effet, produits autant par les particularités de la biographie personnelle que par des processus sociaux"[77].En France, l'expansion de la sectorisation et la diffusion de la psychiatrie sont prises entre deux tendances fortes: l'interface entre la psychiatrie et la médecine générale et l'interface entre le psychiatrique et le social. Pour Y.Bernard ,et pour beaucoup d'acteurs et de décideurs, la Santé Mentale ,c'est la petite sœur de la psychiatrie. On comprend qu'elle lui reste incompréhensible:" La santé mentale, comme sa sœur ainée la psychiatrie au XIXème siècle, demeure un objet mal identifié, carrefour de plusieurs disciplines: médecine, sociologie, sciences humaines et philosophie"[78].

[77]A.Ehrenberg et A.lovell op cit p23
[78]Y.Bernard op cit p67

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual)[79]

Cette analyse nous permet de rentrer à l'intérieur du processus psychiatrique mis en place dans le dispositif du secteur. Il s'agit d'une pratique médicale, donc s'appuyant sur une méthode scientifique. Elle utilise la classification comme méthode scientifique, ce qui n'est pas nouveau si nous reprenons l'histoire récente de cette méthode. Elle fait un choix, entre des types de classification, elle se réfère à la conception d'Emile Kraepelin. Elle utilise alors le diagnostic comme but et non comme moyen de lecture du phénomène. L'analyse de l'élaboration du DSM montre que le modèle médical est utilisé ici à des fins idéologiques. Le DSM obéit à des choix idéologiques et non scientifiques. La revendication de scientificité est entièrement basée sur la recherche de fiabilité sans aucune considération pour la question de la validité. La fonction de diagnostic est utilisée comme valeur. Parodiant Binet pour qui:"L'intelligence est ce que mesure mon test", nous pouvons dire du DSM que "la maladie mentale est ce que désigne mon Manuel". Ce qui n'est pas rien dans la discrimination des personnes, prélude possible à leur disqualification, fusse pour leur bien.

La démarche médicale s'est toujours appliquée à étudier et classifier méthodiquement les différentes maladies. C'est le propre de la discipline appelée la nosologie. La psychiatrie comme discipline médicale a toujours cherché à affiner sa nosologie. Mais le propre du paradigme psychiatrique postmoderne (Que nous avons appelé la Psychiatrie Médicale) est de considérer que la démarche diagnostique est le fondement de la pratique psychiatrique. Notre analyse à ce sujet rejoint celle de Stuart Kirk et Herb Kutchins [80]. Elle est confirmée par A.Ehrenberg et A.Lovell[81] et ,dans le même ouvrage collectif , également par Jacques Gasser et Michaël Stigler[82]. Elle est partagée par R.Gori et M.J.Del Volgo[83]: "Le DSM, en donnant un cadre révisé au développement conceptuel de la psychiatrie, offrait plus qu'un

[79]Il existe 5 versions du DSM (I,II,III,III-R,IV).Bien que chacune repose sur la critique de la précédente, nous avons fait le choix d'utiliser ici le terme générique, qui renvoie à une même démarche épistémologico-politique. Nous préciserons ultérieurement, si nécessaire, de quelle version nous parlons.

[80]Stuart Kirk et Herb Kutchins :*Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine* .Les empêcheurs de tourner en rond ,Plessis Robinson,1998

[81]op cit

[82] Gasser J et Stigler M. "Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM " in Ehrenberg et Lovell, op cit p 229-245

[83]op cit

nouveau diagnostic des maladies: il affirmait avec force un nouveau paradigme pour le progrès de la psychiatrie"[84]" Un système officiel de classification des troubles mentaux incarne certains aspects fondamentaux de la manière dont la psychiatrie conçoit son propre rôle...**Un système de classification comme le DSM III a pour ambition d'imposer son mode d'organisation du savoir sur les troubles mentaux"** [85].

En quoi donc consiste-t-il et comment y parvient-il?

La démarche classificatoire revendiquée comme méthode scientifique

C'est sans doute Pinel qui, inspiré par les méthodes botanistes de Linné et de Buffon, a introduit en psychiatrie une nosographie basée sur la méthode clinique. C'est la thèse de Foucault, qu'il faut sans doute pondérer par les remarques de G.Swain et M.Gauchet, qui distinguent l'approche globalisante de Pinel de celle plus diacritique d'Esquirol[86] . Citons ,avec Gasser et Stigler, Pinel disant lui-même son "attachement à la méthode descriptive, sans m'asservir à aucune manière de voir exclusive, à aucun ordre systématique"[87].

Gasser et Stigler montrent le passage, dans la psychiatrie moderne, de 5 types de modèles nosographiques:

1.Le modèle de Pinel et Esquirol, donc, qui ne tient pas compte de l'étiologie, seule l'observation empirique de la symptomatologie étant prise en compte,

2.Le groupe, représenté par les délires aigus de Georget puis par le concept de dégénérescence héréditaire de Morel, formé des classifications basées sur l'étiologie supposée ou prouvée des affections à classer ,

3.Le troisième mode de classification est basé sur l'anatomopathologie et sur la notion de lésion (Bayle). C'est la corrélation entre une lésion somatique précise et des troubles symptomatiques constants qui importe et organise le classement.

4.Le quatrième groupe est celui qui met au premier plan l'aspect psychologique ou fonctionnel. C'est lui qui permet de distinguer les perturbations des fonctions psychologiques ou des facultés mentales. C'est,

[84]Stuart Kirk et Herb Kutchins,op cit p 36
[85]*idem* p 35
[86]G.Swain et M. Gauchet*: La pratique de l'esprit humain.* Gallimard ,Paris ,1980.
[87]Gasser et Stigler, "Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM" in Ehrenberg et Lovell op cit p 232

par exemple, l'approche psychopathologique de la schizophrénie de Bleuler ou dans l'analyse des structures psychopathologiques de Jaspers[88].

5.Le cinquième modèle ,qui est en œuvre aujourd'hui, s'appuie sur la notion de chronicité , incarnée par Kraepelin. Le concept de maladie mentale est au centre de la nosologie."Magnan et Kraepelin restent unis dans le projet des aliénistes, celui formulé par J.P.Falret :"Découvrir des espèces vraiment naturelles caractérisées par un ensemble de symptômes physiques et moraux et par une marche spéciale"..Kraepelin, longtemps hanté, comme Magnan, par l'espoir de trouver dans la neuro-anatomie les secrets de la "maladie" finit par y renoncer et se rabat sur la dégénérescence. Faute de mieux, la "maladie mentale" est endogène"[89]. Pourtant, c'est en opposition à Kraepelin que Bleuler met en lumière, dans son texte intitulé "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrénien", le "groupe des schizophrénies". "Il monte que la démence précoce de Kraepelin ne constitue pas une seule maladie mais plutôt un ensemble d'affections ayant des caractères communs...Bleuler n'introduit pas dans son concept de critères évolutifs spécifiques ce qui lui permet de rattacher à la schizophrénie divers états aigus et le conduit à adopter l'idée optimiste de rémission, de guérison, voire d'impacts thérapeutiques possibles, en opposition d'un affaiblissement intellectuel prématuré et inéluctable"[90].

Comme l'a montré G.Lantéri-Laura, le paradigme des structures, qui s'appuie sur les travaux de Bleuler, succède au paradigme des maladies mentales. Pourquoi ce retour en arrière?

La victoire de Kraepelin

Comme le montrent l'ensemble des auteurs, il s'agissait ,pour le courant de la psychiatrie américaine regroupé dans l'APA, l'American Psychiatric Association, de trouver un outil ad-hoc pour répondre aux attentes liées à la désinstitutionalisation mais aussi aux attaques dont était l'objet la psychiatrie (de la part de l'antipsychiatrie, mais aussi des sociologues, des avocats).Le paradigme structuraliste permet, voire, favorise le débat contradictoire, notamment sur la question de l'étiologie des psychoses, comme en témoignent

[88]K.Jaspers: *Psychopathologie générale* Tchou PARIS 2000

[89]Etienne Trillat: "Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle," in J. Postel et C. Quetel (dir) *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie ,*Privat 1983 p454

[90]P.Morel, "Dictionnaire Biographique: Bleuler" in J. Postel et C. Quetel (dir) op cit p588

les colloques de Bonneval organisés par H.Ey[91]. L'effondrement du Mur de Berlin marque "la fin des idéologie" et la recherche d'un consensus marque alors le "politiquement correct". Une démarche "athéorique"(c'est-à-dire laissant de côté les supposés idéologiques) et "scientifique"(c'est-à-dire épousant les formes d'un discours universitaire tenu pour vrai) pouvait alors s'imposer. Pourtant, comme le montrent Kirk et Kutchins le DSM-III est un formidable outil idéologique. Nous en voyons la marque dans le "crédo néo-kraeplinien" des auteurs du DSM, dans les débats idéologiques qu'ils ont mené, dans la confusion entretenue entre les critères de fiabilité et de validité afin de donner à l'entreprise une apparence scientifique et dans les règles d'usage du Manuel.

Ces auteurs citent les convictions de base néo-kraeplininiennes décrites par G.L.Klerman (in L'évolution d'une nosologie scientifique 1978):

"Le crédo néokraeplinien c'est:

1. La psychiatrie est une branche de la médecine.
2. La psychiatrie devrait utiliser les méthodes scientifiques modernes et fonder sa pratique sur la connaissance scientifique.
3. La psychiatrie soigne des gens malades qui requièrent un traitement pour une maladie mentale.
4. Il existe une limite entre le normal et le pathologique.
5. Il existe des maladies mentales distinctes. Les maladies mentales ne sont pas des mythes. Il n'y a pas une seule maladie mentale mais plusieurs. La tâche de la psychiatrie scientifique, comme des autres spécialités médicales, est de rechercher les causes, le diagnostic et le traitement de ces maladies mentales.
6. L'attention des médecins psychiatres devrait particulièrement se porter sur les aspects biologiques de la maladie mentale.
7. Il devrait y avoir un intérêt explicite pour le diagnostic et la classification.
8. Les critères diagnostics devraient être codifiés (et la validation de ces critères par différentes techniques devrait être considérée comme un domaine de recherche légitime et précieux) et valorisés et non dépréciés par les écoles de médecine.

[91] H.Ey :*Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses (3ème colloque de Bonneval)* Tchou 2004 et H.Ey :*l'Inconscient* (6ème colloque de Bonneval) Tchou 2004

9.Les techniques statistiques devraient être utilisées dans les efforts de recherche visant à améliorer la fiabilité et la validité des diagnostics et de la classification"[92].

Le DSM obéit à des choix idéologiques:

Notre souci par cette longue citation de Klerman, n'est pas de soutenir ce qui serait vrai ou faux, mais de montrer les présupposés des auteurs du DSMIII. Ces présupposés y apparaissent clairement. Sont-ils de nature scientifique ou idéologique? Kirk et Kutchins montrent, à travers trois exemples, comment les rédacteurs du DSM obéissent, de gré ou de force à des critères idéologiques. Ceux-ci eurent, en effet, à se situer dans plusieurs débats idéologiques. Ces trois exemples sont: la polémique avec les mouvements gays sur la qualification de l'homosexualité comme maladie mentale, la question des "êtres sains dans des endroits d'aliénés" et enfin la question de la définition du trouble mental. Voyons, à la lumière de trois exemples, comment ils agirent.

Kirk et Kutchins relèvent quatre aspects de la polémique avec les organisations gays au sujet de la question de savoir si l'homosexualité est, ou non, une maladie mentale. Il s'agissait d'affirmer, de prendre des décisions fondées scientifiquement, émanant de l' autorité de toute l'association. Mais, face au sentiment de blocage, provoqué par la puissance des lobbys gays dans les médias, et notamment les psychiatres homosexuels, il fallait le recours à une personne ayant pris le problème en main (R.Spitzer, leader du groupe d'élaboration).Le problème trouva sa solution dans un compromis: La suppression de l'homosexualité comme maladie mentale et l'apparition d'un nouveau diagnostic: l'homosexualité égo-dystonique, diagnostic réservé à ceux que les pulsions homosexuelles plongeaient dans le désarroi.[93] La solution du problème fut clairement politique et médiatique, sous couvert d'autorité médicale. Les associations gays préférèrent cesser de polémiquer pour éviter de lasser, contentes du retrait de l'homosexualité comme pathologie. D'ailleurs, le nouveau diagnostic disparut ,sans explication, dans les versions ultérieures. Le second exemple est lié à l'article de David Rosenhan" Etre sain d'esprit dans des endroits pour aliénés". Il s'agit de

[92]Stuart Kirk et Herb Kutchins, op cit p92

[93]*idem* p153

l'expérience de douze "pseudo-patients" admis dans douze hôpitaux différents après avoir faussement fait état d'un unique symptôme: celui d'entendre une voix peu distincte qui semblait dire "vide", "creux" ou "écho". Onze furent l'objet d'un diagnostic de schizophrénie (bien que jamais ,dans la littérature, ces symptômes existentiels ne soient associés à la schizophrénie) et un de maniaco-dépression. Une fois à l'hôpital, ils agissaient normalement et cessaient de prétendre entendre des voix. Les pseudo-patients restèrent à l'hôpital entre sept et cinquante-deux jours. Ils furent renvoyés chez eux avec un diagnostic psychiatrique de "schizophrénie en rémission". Rosenham montrait ainsi qu'un diagnostic psychiatrique continue à être appliqué même lorsque plus rien ne le justifie. Le problème auquel il s'intéressait n'était pas le manque de fiabilité, mais les conséquences entraînées par un diagnostic inexact. Siptzer répondit successivement que l'expérience de Rosenham était une "pseudo-science" parce qu'il utilisait des "pseudo-patients", qu'en outre la psychiatrie n'était pas la seule spécialité à subir le fléau de diagnostics inexacts, que, dans le cadre d'un hôpital psychiatrique, les psychiatres sont parfaitement aptes à distinguer le "sain d'esprit" de l'"aliéné", et 'enfin qu'une schizophrénie en rémission était l'équivalent d'une bonne santé camouflée![94]

La troisième polémique s'est déroulée autour de la définition du trouble mental. Les débats sur l'homosexualité ayant tourné autour de cette question, Spitzer et la psychologue Jean Endicott rédigèrent une définition où il était dit que: "les troubles mentaux sont un sous-ensemble des troubles médicaux". Le président de l'Association psychologique américaine officiellement au président de l'APA: "Parmi les dix-sept principales catégories de diagnostic, dix, au moins, n'ont aucune étiologie organique connue...[un certain nombre de troubles sont] évidemment la conséquence expérience de vie". Blau rejetait l'idée selon laquelle il s'agirait de troubles médicaux. Le président de l'APA, J.Weinberg répondit que:" Depuis que cette question nous occupe, nous avons toujours considéré les troubles mentaux comme un sous-ensemble des troubles médicaux. La seule différence est que, dans le DSM-III, cela sera énoncé explicitement"(3.11.1977). Il proposait d'inclure un avertissement disant que la psychiatrie ,spécialité médicale, était une des professions de la santé mentale qui comprenait aussi la psychologie clinique, le travail social, le

[94] *ibid* p158 à 162

travail infirmier psychiatriques. Blau répondit que :"Utiliser les concepts de "mental" et de "médical" comme synonymes peut empêcher ou compromettre de prometteuses recherches ou offres de service indépendantes...Le DSM III s'apparente davantage à un manifeste politique de l'Association psychiatrique américaine qu'à un système de classification fondé scientifiquement...On s'obstine à vouloir promulguer un système diagnostique de classification qui ne réponde pas aux besoins des personnes présentant des troubles émotionnels".[95]

La base scientifique du DSM: fiabilité et validité..

La question est maintenant de savoir sur quoi repose la base scientifique du DSM-III. Spitzer nous le dit dans l' Introduction au DSM-III: "Finalement, l'intérêt porté à l'élaboration de ce manuel tient à la conscience de ce que le DSM-III marque, dans notre domaine, un renforcement de l'idée que les données sont la base obligatoire de la compréhension des troubles mentaux".D'emblée, cinq pages de remerciements aux contributeurs et collaborateurs nous donnent le sentiment d'être face à une entreprise de grande envergure, aux multiples contributions et bénéficiant d'une large adhésion. Le texte du manuel donne un mode d'emploi détaillé. C'est un "système multiaxial".

Au lieu de ramener le diagnostic à un mot, ou à une phrase, il est demandé aux cliniciens d'évaluer cinq dimensions ou "axes" du comportement humain: L'axe 1 (dénommé "syndromes cliniques)est constitué de termes descriptifs généralement associés à un diagnostic psychiatrique, par exemple: schizophrénie, agoraphobie, pyromanie.

L'axe 2 regroupe les troubles de la personnalité et les troubles spécifiques du développement .

L'axe 3 porte sur l'état de santé du patient en lien avec son état mental.

L'axe 4 sert à évaluer la gravité des facteurs de stress psychosociaux et l'axe 5, le plus haut niveau d'adaptabilité au cours de l'année écoulée. Ces deux derniers axes comportent des échelles de huit degrés qui renforcent l'image de scientificité[96].

---

[95] *ibid* p 188 à 193

[96] On comprend mieux, dès lors, d'où sortent les propos de Lecomte et Lesage cités page 19,qui appliquent à la sectorisation un langage DSM de manière dogmatique.

La plus grande partie du manuel est consacrée à la description des 265 troubles spécifiques recensés. Cinq annexes complètent le manuel . L'annexe A propose une série d'arbres de décision destinés au diagnostic différentiel, rehaussant l'apparente précision scientifique. L'annexe B est un glossaire technique tentant de normaliser les définitions de beaucoup de termes descriptifs, les autres annexes portent sur la comparaison avec le DSM-II, les troubles du sommeil, la fiabilité des épreuves de terrain.

La question de la fiabilité est le point d'orgue de la justification scientifique du DSM-III. La fiabilité, c'est l'aptitude d'un matériel à fonctionner, c'est ce qui fait qu'on peut lui faire confiance. Kirk et Kutchins montrent comment et combien l'attention des auteurs du DSM-III s'est portée sur le problème de la fiabilité. Tout leur effort, notamment avec l'utilisation du coefficient statistique kappa, réducteur du facteur de l'aléatoire, va viser à réduire l'écart entre deux diagnostiqueurs. "La fiabilité d'un système de classification psychiatrique est en relation directe avec le nombre d'utilisateurs dont les diagnostics, appliqués à une série de cas, concordent."[97] La signification intuitive de la fiabilité est assez simple: deux cliniciens peuvent-ils, de manière indépendante, identifier une personne atteinte de schizophrénie et la distinguer de celle qui a un trouble de la personnalité?..si un système diagnostique n'est pas fiable, tout porte à croire qu'il est non valide [98].Certes, les expérimentateurs de terrain sont nombreux, mais Kirk et Kutchins nous montrent qu'ils travaillent à partir des modèles kraepeliniens proposés par de tous petits comités qui trient les données au retour. Dans ces conditions, que mesure le test, sinon la concordance sur le modèle proposé? Cela ne dit rien de la validité du modèle proposé, dont on a vu qu'elle était contestée -à l'intérieur même du paradigme médical-par Bleuler- du vivant même de Kraeplin. La validité d'un concept se distingue d'autres types de validité (comme la validité de contenu ou la validité prédictive) en ce qu'il pose des questions fondamentales sur la nature de la réalité. Disposer d'une procédure opérationnelle pour déterminer si un phénomène appartient ou non à une classe ne dit rien sur ce que représente vraiment ce concept ou cette classe. Par exemple, les tests d'intelligence sont utilisés depuis des générations

[97] *ibid* p66
[98] *ibid* p66 et 67

malgré d'importants désaccords sur la nature du concept "intelligence" .La réponse fréquente selon laquelle l'intelligence est ce qui est mesuré par le test du Q.I. est une manière regrettable d'éviter d'aborder l'épineux problème de la validité du concept[99]. De nombreux auteurs ont insisté sur le fait qu'un système de classification qui n'est pas fiable ne peut être valide. Mais, il est faux de déduire qu'un système fiable est valide. Au contraire, un système parfaitement fiable peut être non valide, comme beaucoup d'auteurs l'ont montré. Les problèmes que pose la fiabilité ne se présentent pas seulement comme moins inquiétants et plus facile à résoudre que ceux posés par la validité, ils tendent aussi à détourner l'attention de controverses sérieuses, tout en donnant l'impression de les résoudre.[100]Nous nous inspirons largement de cette analyse ,tant elle nous paraît rigoureuse et juste.

La fonction du diagnostic comme valeur

Mais, ce qui ne manque pas de surprendre, c'est que la volonté des auteurs à créer un dispositif répondant au modèle scientifique, c'est à dire objectif, les amènent à considérer l'expression personnelle comme un biais à l'information, alors que c'est sur elle que, traditionnellement, s'appuie le diagnostic. Gasser et Stigler distinguent entre signes et symptômes, définissant les symptômes comme les productions spontanées ou provoquées du patient et les signes ,qui renvoient au jugement que le médecin porte sur ce qu'il observe ou sur ce qu'il recherche dans l'examen clinique[101].Cette analyse (qui pourrait être discutée dans le cadre d'une réflexion plus poussée sur la sémiologie que nous ne pouvons mener ici), permet de mettre l'accent sur le caractère déformant des protocoles formalisés proposés par les auteurs du DSM-III. Pour ceux-ci, améliorer la fiabilité nécessite de réduire la dispersion des critères, mais aussi la dispersion de l'information. Puisque l'acquisition des informations cliniques passe habituellement par un entretien en face-à-face, c'est le comportement du meneur d'entretien qui devait être soumis à une forme de contrôle .Formaliser un processus aussi peu formel exigeait de maîtriser ce que les cliniciens demandaient, quand ils le demandaient, et comment les réponses devaient être consignées. La dispersion des critères était contenue en formalisant la prise de décision, et la dispersion d'information en

[99] *ibid* p63.
[100] *ibid* p68
[101] Gasser et Stigler: art cit p230

formalisant le comportement de l'investigateur. La mise au point de protocoles d'entretiens formalisés constituait la solution technique au problème posé .Ces protocoles d'entretiens psychiatriques prévoyaient une progression dans les questions à poser aux patients. En contrôlant quelle information était retenue et comment elle était utilisée, les auteurs de ces protocoles espéraient empêcher les chercheurs (et plus tard les cliniciens) de s'en tenir au jugement professionnel et à l'intuition pour établir un diagnostic. Le but visé était de supplanter la prise de décision diagnostique, habituellement pratiquée en clinique, par un entretien formalisé comme il en existe en recherche[102] .

La réponse peut dépasser les espérances. Comme disent Alain Ehrenberg et Anne Lovell: "Dès que le psychiatre croit avoir reconnu un prototype, il ne prend plus en compte les symptômes et les signes qui iraient dans un autre sens".[103]Que l'on ait des réponses préformées de la part du psychiatre, c'est certain. Mais qu'en est-il du patient?

On peut se demander si ce dispositif formaté ne permet pas, surtout, d'avoir les réponses que l'on attend, et si l'attendue objectivité est consciente de l'effet performatif de son questionnaire. L'hypothèse que la démarche n'est pas innocente n'est plus une hypothèse. Le procédé est dénoncé par Gasser et Stigler au vu des versions suivantes du DSM: "Les déclarations prudentes que l'on trouvait encore dans le DSM-III-R concernant l'"athéorisme" étiologique ont complètement disparu dans la nouvelle version, comme si elles n'étaient plus nécessaires. Le but premier du DSM-III-R était d'avoir un langage commun entre chercheurs et cliniciens; or, dans le DSM-IV, on proclame ouvertement que ce manuel pourra également servir de support éducatif, d'outil d'enseignement de la psychopathologie. Le DSM-IV n'est donc plus seulement un livre de classification, il devient un manuel de psychiatrie, auquel s'ajoute une partie thérapeutique découlant de chaque diagnostic![104]

C'est à une nouvelle psychiatrie que le DSM nous conduit. Quelle y est la place des patients?

[102]Kirk et Kutchins p91 à 102
[103]Ehrenberg et Lovell art cit p26
[104]Gasser et Stigler art cit p238

Les limites du consentement éclairé

La prise en compte du malade est une disposition de bioéthique internationale.

La bioéthique est une des dimensions essentielles de/à la pensée médicale du XXIème siècle, et la question du consentement éclairé en est sa composante déterminante. Discipline médicale, la psychiatrie se doit d'intégrer l'éthique dans son discours et sa pratique et prendre en compte le consentement. Dans le même temps, la psychiatrie ne cesse pas, après H.Ey, de définir la maladie mentale comme maladie de la liberté, ce qui pose la question, sinon d'une contradiction, du moins d'une tension entre le respect de la parole du patient et la prise en compte de son "incapacité à consentir du fait de la maladie". [105].

Pour Marie Gaille, la réflexion éthique trouve son origine, de manière "sans doute essentielle [dans] le jugement des crimes nazis au lendemain de la seconde guerre mondiale lors du procès de Nuremberg. Ce jugement est considéré comme un "sursaut"[106] déterminant dans la réflexion sur l'éthique scientifique en général et en particulier au sujet des sciences de la vie...Le tribunal de Nuremberg proposait dix prescriptions règlementant l'expérimentation sur l'homme dans un code en 1947[107]. A cette déclaration ont fait suite, toute une série de textes dont la Déclaration d'Helsinki de 1964[108].,inspirée de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, qui cherche à définir les conditions éthiques de l'expérimentation humaine. La Déclaration de l'Assemblée médicale mondiale de Lisbonne en 1981, modifiée à Bali en 1995, précise que:" Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a le droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions .Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de traitement". Comme l'écrit M.Gaille, les textes supports de la réflexion éthique dans l'enseignement de la médecine s'inspirent, depuis les années

[105]Association "Schizo,oui!": *Psychiatrie: l'accès aux soins des personnes incapables de consentir* Mai 2006

[106]Dans une note en bas de page, elle précise que le terme est emprunté à A.Courban dans l'article " Bioéthique" édité dans le Dictionnaire d'histoire et de philosophie des sciences .Lecourt (dir) Paris PUF 2003

[107]Marie Gaille: *Préface* à *Philosophie de la médecine* .Vrin 2011 p9

[108]Qu'il ne faut pas confondre avec la Déclaration Intergouvernementale (européenne) d'Helsinski sur la santé Mentale de janvier 2005.

1970, des travaux de G.Canguilhem pour qui le malade instruit son médecin, même si les symptômes n'ont pas pour lui un sens clair, et il doit voir en lui un "exégète" avant même de "l'accepter comme réparateur. Ganguilhem défend le "concept de corps subjectif dans la définition d'un état que le discours médical croit pouvoir décrire en troisième personne"[109]."Il n'est pas question de remettre en cause ou de remplacer le savoir médical sur la maladie, mais de le compléter en tenant compte de la perception qu'a le patient de la maladie et des questions morales inhérentes aux relations de soins"[110]

La faible effectivité de la bioéthique en psychiatrie.

Bien que l'éthique médicale soit issue de textes d'instances internationales, et sans doute parce qu'ils sont plus intentionnels que dans le droit positif, le discours des administratifs va être de peu d'utilité pour nous éclairer dans ce domaine. A la différence du secteur, il s'agit plus ici de penser une pratique qu'un dispositif. Le texte de R.Lepoutre "Le malade , sujet de soins"[111] reprend les textes d'intention: la Charte du Malade Hospitalisé, la Charte de l'Usager en Santé Mentale , le discours de B. Kouchner, Ministre de la Santé, à la journée nationale de la Santé Mentale du 10 Octobre 2001 [112].

Les Chartes ont été portées à la connaissance de tous par voie d'affichage et figurent dans les couloirs des hôpitaux, où elle font partie gentiment du décor, à côté des informations syndicales. Personne ne s'en soucie. Un exemple parmi d'autres permettra de juger de l'ineffectivité de ces textes: La Charte de l'Usager en Santé Mentale, rédigée conjointement par la FNAPSY[113], la CNP de CME de CHS[114] et l'UNAFAM[115], précise, au chapitre "une personne informée de façon adaptée, claire et loyale":"L'usager a le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe

[109]G.Canguilhem. *Ecrits sur la médecine*. Paris. Seuil 2002

[110]Marie Gaille op cit p26

[111]R.Lepoutre:"Le malade ,sujet de soins" in J.de Kervasdoué et R.Lepoutre op cit

[112]Curieusement, R.Lepoutre place cette journée le 5 Avril et la qualifie de Mondiale. Depuis la création de la Fédération mondiale de la santé Mentale, le 10 Octobre est journée mondiale de la santé mentale. En en faisant une journée nationale, le ministère se désolidarisait du mouvement mondial, reprenant ,par là, plus aisément le signifiant "santé mentale" comme équivalent de la psychiatrie

[113]Fédération Nationale des Associations de Patients Psy

[114]Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés

[115]Union Nationale des Familles de Malades Mentaux.

fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors du champ de l'urgence et celui où le médecin manquerait à ses devoirs d'humanité (article L.710.1 du Code de la santé public et article 47 du Code de déontologie médicale)". Manifestement, cette disposition s'oppose à la logique du Secteur. Elle n'est que très rarement appliquée, la disposition du secteur étant généralement présentée comme administrativement obligatoire[116]. Le même hiatus se retrouve au niveau de la participation des usagers aux instances de décisions des politique: "Dans le cadre d'un dialogue dont le développement s'avère particulièrement fécond, les usagers apportent à travers leur expérience, leur contribution à la réflexion et aux décisions des instances concernant la santé mentale, par leur participation active à chacun des niveaux de leur élaboration.[117] Quoiqu'en prétende Lepoutre, aucun outil spécifique, aucune disposition particulière, ne sont mis à la disposition des usagers pour accomplir ces missions, pour que ceux-ci puissent "accéder" matériellement, mais aussi au niveau de l'appropriation de l'information et de la compréhension des enjeux aux débats de ces commissions. Pire, les informations mises à disposition des commissions et comités sont généralement irrecevables par les usagers du fait de la présentation crue des situations humaines, des typologies objectivantes qui y sont faites et qui ne peuvent être vécues que comme profondément violentes, agressives, perverses. Est-ce à dire que les usagers sont "incapables" de se confronter à une réalité que, par ailleurs, ils connaissent parfaitement bien, ou plutôt que les dossiers et propos de ces commissions et comités reflètent un rapport de force insupportable, insoutenable ? Cela est particulièrement vrai en santé mentale, où le sentiment de disqualification est très fort, particulièrement ancré dans les mentalités sociales[118]. Dans la réalité, les places à ces commissions sont occupées par les professionnels des associations gestionnaires du médico-social ou par les parents.

[116]voir à ce sujet: Ph.Clément *La forteresse Psychiatrique* Flammarion-Aubier. Paris 2001 p40
[117]Charte des usagers en santé mentale, cité par Lepoutre op cit p250
[118]R.Lepoutre traite de cette question dans un autre article du recueil: La stigmatisation et le problème de l'information

Articuler consentement et autonomie.

Pour sortir du dilemme, il faut , pour M.Marzano[119], articuler le concept de consentement à celui d'autonomie." Invoquer le consentement pour justifier une conduite sans s'interroger sur les liens qu'il entretient avec le principe d'autonomie, cela signifie ne pas comprendre le sens exact de cette notion...En donnant son consentement, un individu s'expose à la première personne. Mais est-ce bien lui qui décide toujours et volontairement, en tant que sujet autonome? Comment s'assurer que le "je" qui consent est effectivement en état d'énoncer clairement sa volonté et de manifester ainsi son autonomie? Nier son importance ne signifie-t-il pas, au contraire ,rendre suspecte ou illégitime toute question sur le sujet et tout emploi de la question de "qui?"? "[120].Répondre à cette question est sans doute répondre à la question de savoir ce qu'est un "adulte compétent" auquel se réfère la déclaration de Bali. M.Marziano nous convie donc à définir ce qu'est l'autonomie, et se livre pour cela à un travail d'analyse philosophique opposant les conceptions de Kant et de John Stuart Mill: "Deux conceptions de l'autonomie semblent constamment s'opposer: celle selon laquelle l'autonomie serait la faculté de se donner soi-même la loi de son action, et celle selon laquelle l'autonomie serait une expression de liberté et d'indépendance. La première conception trouverait ses sources dans la philosophie de Kant et dans son idée normative de la dignité de la personne. La deuxième trouverait en revanche son appui dans la pensée anglo-saxonne, et notamment dans l'éloge de la liberté du philosophe libéral John Stuart Mill"[121]. M.Marzano y voit l'origine d'un débat où s'opposeraient une "éthique biomédicale à la française" (se fondant sur le principe de dignité de la personne et ayant pour but de limiter la liberté individuelle) et une "bioéthique américaine" (mettant l'individu et sa liberté au centre de tout choix, indifféremment du respect dû à la personne en tant que telle).On voit, en effet, cette opposition dans le célèbre débat sur "le lancer de nain".[122]En fait, comme le fait remarquer M.Marzano, les deux conceptions de l'autonomie ne sont pas réellement différentes: "L'idée que l'être humain doit être libre d'agir conformément à sa propre conception du

[119] M.Marzano.:*Je consens, donc je suis*.PUF Paris 2006

[120]*ibid* p3 et 13

[121]i*bid* p 48

[122]Nous ne développerons pas plus ici ce débat faisant suite à la poursuite judiciaire, au nom de la dignité des personnes handicapées, d'un nain volontaire pour participer et promouvoir "le lancer de nain"

bien -idée que Mill défend- renvoie directement à l'autodétermination et à l'autonomie personnelle telles que Kant les avait conçues"[123]. Le constat de la servitude volontaire et la prise en compte de l'inconscient l'amènent cependant à prendre des distances avec la conception kantienne de l'autonomie et à proposer sa propre définition de l'autonomie. "A la base de l'autonomie, il y aurait toujours la raison...Mais quel est le rôle des désirs, des croyances et des goûts?...Etre autonome signifie pouvoir donner un sens à sa propre existence. Mais le sens d'une vie n'est pas seulement...le fruit d'une réflexion rationnelle. Pour donner une direction à sa vie, un individu doit pouvoir analyser ses préférences, ses désirs et ses goûts, et les sélectionner; distinguer ses désirs de premier ordre...de ses désirs de deuxième ordre, ses désirs les plus profonds qui ont un lien avec son projet de vie"[124]."Une personne autonome est non seulement celle qui réfléchit à son projet de vie et le choisit ,mais aussi celle qui est capable d'agir conformément à ses délibérations et à ses choix. Une personne non autonome, en revanche, est celle qui dépend des autres et qui est donc au moins en partie incapable de délibérer ou d'agir sur la base de ses réflexions"[125]. Pour l'auteure, autonomie et élaboration d'un projet de vie se confondent, comme si l'autonomie était quelque chose "en-soi", et le projet de vie "indépendant" de ce qui fait la vie des hommes: l'interdépendance et le lien humain. Bien évidemment, la personne est toujours inscrite dans un contexte social. L'autonomie est toujours relative, et la revendication de liberté, chère à Kant, ne se conçoit pas par rapport à une autonomie idéale, mais par rapport à un mouvement de **prise** d'autonomie, un mouvement où la prise de décision s'oppose à la décision subie. On ne peut envisager l'autonomie du point de vue de seul sujet, mais de l'interaction entre le sujet et son environnement.

Quelle autonomie dans le contexte du discours médical?

Dans le cas du consentement éclairé, l'environnement c'est le discours médical. Que nous dit l'auteure à ce sujet?: "Depuis toujours, la médecine semble guidée par le principe de bienfaisance, selon lequel tout médecin doit agir conformément au bien du patient, et notamment, pour sa santé. Ce

[123]M.Marzano op cit p 50
[124]*ibid* p196
[125]*ibid* p 86

principe l'a souvent conduite à choisir à sa place, au nom de sa santé...Dans les sociétés occidentales, on est progressivement passé d'un *modèle paternaliste* -où le poids de la décision reposait entièrement entre les mains du médecin- à un *modèle autonomiste*-où le patient a toujours le droit d'exprimer sa volonté"[126].

Pourtant on peut opposer à l'intention affichée du principe de bienfaisance la réalité de l'obscénité du discours objectif sur la maladie. Comme le font remarquer Gori et Del Volgo : "L'obligation d'informer ne ferait alors que redoubler la cruauté de la maladie en feignant de croire que l'information la plus rationnelle possible du malade sur la nature anatomo-physio-pathologique de sa maladie, sur les archives de son génome, sur la généalogie de ses molécules et sur les mesures comme sur les actes qui en établissent les coordonnées ou en modifient la configuration, suffit pour que le patient, logiquement et raisonnablement, n'attende de la science que ce qu'elle peut donner. Dans une perspective purement cognitiviste, on l'invite même à s'initier aux statistiques et aux calculs de probabilité, ces figures surmoïques du destin, pour devenir le sujet partenaire et consentant de son malheur, faute de pouvoir en détenir la maîtrise."[127],"Ignorer ce réel de "la médecine des preuves", de la "science clinique actuelle", "des protocoles thérapeutiques" et de recherche statistiquement établis et massivement randomisés dans la transparence et la probabilité conduit le patient à réclamer à son tour des preuves"[128]. Cette logique de la preuve est un marché de dupes et une impasse, comme le montre Stanley Cavell à propos d'Othello[129], et le fait que le patient s'y prête bien souvent ne retire rien à cette analyse. Combien de fois n'avons-nous pas été interpellés par des personnes, nous demandant anxieusement: "Le Docteur m'a dit que j'étais schizophrène. Qu'est-ce que tu en penses?" La seule réponse possible est de dire que l'on n'en pense rien, ou bien que ça ne veut rien dire, ou bien que c'est une étiquette-et-puis- alors... Car, comme le dit Didier Sicard, Président du Comité Consultatif national d'Ethique:" En fait, ce n'est pas d'une absence d'information dont le malade se plaint mais de

[126] i*bid* p76 et77
[127] R.Gori et MJ Del Volgo op cit p 161
[128] R.Gori et M.J. Del Volgo,op cit p 160
[129] S.Cavell :*Le déni de savoir dans six pièces de Shakespeare* .Le Seuil .Paris.1993

la perception qu'il a de ne pas avoir été écouté, donc entendu"[130]. Dans le cadre de l'idéologie scientiste, la parole du médecin prend, pour le patient et à son insu, valeur *d'interprétation sauvage* .Le diagnostic se double, en psychiatrie où la stigmatisation demeure présente, d'une disqualification. On y a donc une utilisation du consentement à trois entrées. Premièrement, le consentement permet de renforcer l'image positive de la médecine, comme pratique respectueuse des droits de l'homme et du citoyen. Deuxièmement, cela permet de solliciter le concours du patient, non seulement dans la prise de décision ,de nature médicale, le concernant, mais aussi dans le cadre de la recherche médicale (c'est la fonction des associations de malades). Troisièmement, cela renforce l'autorité du médecin et la docilité du patient qui se soumettra d'autant plus facilement, et à l'image du patient dépendant, et au traitement préconisé par le médecin.

Enfin, que penser lorsque le concept d'autonomie est utilisé comme injonction à l'autonomie dans un discours médical de réhabilitation psychosociale où le dispositif va utiliser la double contrainte simultanée de l'argent de poche conditionné par la prise de médicaments. Dans le cadre de la politique de secteur, la personne en souffrance psychique ne fera pas l'objet d'une approche holistique, la considérant dans sa globalité, mais d'une prise en charge "bio-psycho-sociale". Comme le relève Philippe Clément[131], certaines équipes de secteur pratiquent la règle de la "coïncidence des rendez-vous": Le tuteur (ou curateur) confie la gestion de l'argent nécessaire au quotidien à l'équipe de secteur ,qui fait coïncider la date de remise de l'argent avec la date de prise de médicament, généralement de neuroleptique retard. Est-ce uniquement pour des raisons de commodité ou pour avoir là un moyen de pression?[132]

Faut-il, alors, récuser le consentement éclairé en psychiatrie?

Bien évidemment, non. Notre propos, ici, est de mettre en lumière l'utilisation qui est faite du consentement dans la logique du discours médical, et de faire valoir qu'il peut être outil de dépendance à ce discours. Récuser le consentement peut bien sûr aussi, et d'autant plus, renforcer un dispositif de

[130]D.Sicard :*La médecine sans le corps*, Paris Plon 2002 p247

[131]Ph Clément:. *La forteresse psychiatrique*, op cit p222

[132]Nous avons volontairement renoncé à traiter de l'effet de la loi du 5.07.2011 analysée dans notre mémoire de M1

maîtrise sur les personnes. Le but de la médecine n'est pas de soigner le malade ,mais la maladie. Dans cette optique, l'idée que la personne soit dépossédée par la maladie, de sa capacité de décision, de sa "capacité de consentir" trouve toute sa place. Mais peut-on parler d'incapacité à consentir sans dire à quoi il s'agirait ou non de consentir? Peut-on considérer que quelqu'un soit totalement privé de ses capacités, tant qu'il est vivant ? Poser ces questions ne suppose pas une relation symétrique, ou une revendication de relation symétrique entre médecins et patients qui ne sont ni dans la même position vis à vis de la souffrance, ni dans la même position vis à vis du savoir. Elles permettent de poser, à partir de l'analyse du discours médical appliqué à la question des fous et de la folie, la question de la place de la personne dans un monde où le rapport à la technologie sert de plus en plus de valeur, où on demande toujours davantage aux individus de consentir préalablement à participer aux actes sociaux qui les concernent, tout en les embrigadant toujours plus dans des massifications de comportements ou de conduites conformes aux valeurs idéologiques du moment.

La société psychiatrisée

Jamais autant qu'aujourd'hui, le discours médical n'aura envahi l'espace public. Le journal télévisé nous informe quotidiennement de l'apparition de nouvelles maladies. Passe encore que l'on considère le comportement éthylique comme une maladie. L'alcoolisme a longtemps été l'affaire des psychiatres. En quittant le champ psychiatrique pour rejoindre celui de la médecine générale, il a gagné ses lettres de noblesse et est sorti de l'ornière de la disqualification. C'est maintenant une maladie comme les autres. Mais que penser de la description de l'obésité comme d'une maladie? C'est pourtant ce que l'on entend, dans un souci, sans doute de déculpabiliser les obèses, victimes d'un comportement addictif caractéristique des sociétés occidentales. A l'occasion de l'"affaire Strauss-Kahn", c'est l'addiction sexuelle qui nous fut présentée comme une maladie, à laquelle il était possible de répondre de manière symptomatique par la castration ,chimique ou chirurgicale, sans aucune analyse des rapports de l'addiction sexuelle avec les détours de la pulsion et du désir. Enfin, ce fut l'addiction à internet qui fut à son tour présentée comme maladie, le jour où un internaute tomba d'épuisement devant son écran, tant il avait subi la fascination de "la toile"(d'araignée?).

La télévision nous fait quotidiennement partager l'univers médical dans des séries telles que "Urgences", "Grey's Anatomy" et "Doctor House". Dans un épisode présenté en février 2012 sur TF1, l'as du diagnostic nous a montré que la patiente qui présentait des signes tellement incompréhensibles avait une maladie nommée schizophrénie puisqu'elle était soignée par une prescription d'haldol.

Le langage quotidien banal porte la marque de l'emprunte de la psychiatrie dans la vie sociale ordinaire. Ainsi, peut-on entendre à la terrasse des cafés des propos entre amis, du genre: "Non, mais ça ne va pas! je ne suis pas d'accord! Tu es complètement paranoïaque, mon vieux!" ou bien: "Tu l'aurais vue à la réunion, elle était hystérique", ou, dans un style plus psychanalytique: "A ce moment là, je n'en pouvais plus, j'ai cédé à mes pulsions" ou "Il m'a trouvé en face de lui :Il fallait bien qu'il soit confronté aux principes de réalité". Peu importe ici que ces phrases n'aient aucun sens à l'intérieur d'un champ de connaissances "scientifiques", psychiatrique et psychopathologique. Elles servent à montrer que ces discours font aujourd'hui

partie de la culture commune. Nous y voyons le signe probant que "la "médicalisation de l'existence", comme *construction sociale et intersubjective* appartient de pied en cap, dans sa genèse comme dans sa fonction, à une *structure de la culture moderne* et du malaise par excellence de la civilisation"[133].Une telle médicalisation de l'être ne relèverait pas des seuls médecins et professionnels de santé, mais procéderait davantage d'une idéologie de biopolitique des populations. "Cette dilatation du pouvoir sur les vies, cet accroissement du magistère médical dans le gouvernement des conduites et des expertises des comportements, ces nouvelles fonctions de rééducation et de normalisation psychique dans la gestion des populations constituent un symptôme dans le lien social"[134].Nous chercherons d'abord à voir en quoi elle consiste et comment elle s'exerce, avant de chercher à en saisir les limites.

Cette "psychiatrisation" de la société française se lit d'abord dans les statistiques:" Si la prévalence des maladies mentales *stricto sensu* reste stable dans la population (1% de schizophrénies;15% de dépressions),on constate, en revanche, une augmentation notable du nombre des individus qui consultent en psychiatrie; six fois plus de dépressions déclarées en trente ans, un taux de suicides en augmentation jusqu'en 1998, des troubles de la personnalité toujours en croissance. Le nombre des personnes prises en charge entre 1992 et 2000 est en augmentation de 17% chez les psychiatres libéraux et de 46% dans le public. En médecine générale, un consultant sur quatre présente un trouble mental, et ,dans les études épidémiologiques françaises comme anglo-saxonnes, près de un questionné sur deux avoue[135] un trouble mental au moment de l'enquête. En 1998, les affections psychiatriques étaient au premier rang des causes médicales à l'origine d'une pension d'invalidité." [136]

L'administration de médicaments est l'essentiel de cette pratique médicale exercée prioritairement par les médecins généralistes. Comme le dit E.Zarifian: "Ce sont les médecins généralistes qui prescrivent les psychotropes dans 80%à 90% des cas. La psychiatrie s'est vidée de sa

[133]R.Gori et MJ.Del Volgo, op cit p21
[134]i*bid* p14
[135]Notons, au passage, ce terme non ambigüe qui exprime généralement la reconnaissance d'une faute.
[136]R.Lepoutre ."La santé mentale en chiffres", in J de Kervasdoué et R.Lepoutre (dir) op cit p 69

substance [137]-à savoir la connaissance du psychisme- pour s'aligner totalement sur le modèle médical en établissant une relation directe entre des symptômes psychique isolés et l'administration d'un médicament. Paradoxalement les médicaments psychotropes auraient-ils tué la psychiatrie? Pour la psychiatrie officielle contemporaine, tout symptôme psychique, selon le dogme imposé, obéit au modèle médical et ses déterminants sont supposés d'origine chimique. Il est ensuite facile de recommander comme seul traitement envisageable une pilule agissant sur la chimie cérébrale...Cinquante ans après leur découverte, leur utilisation extensive dans la vie quotidienne consacre une psychiatrie normative au service d'une mondialisation des marchés de la santé"[138]. Pour E.Zarifian, les médicaments psychotropes ont été détournés de leur finalité :"ils n'auraient jamais du être utilisés pour "pathologiser" les épreuves inhérentes à la vie comme les deuils, les chagrins, les désillusions, l'anxiété ou le frustrations. Cela contribue à le rendre passif et dépendant. On transforme ainsi un sujet capable de se battre et d'exprimer sa volonté en un objet qui subit et se tait. Recevoir une aide morale et psychologique pour retrouver son autonomie dans l'existence, c'est autre chose que d'être transformé en malade, alors que l'on vit une épreuve"[139].

Le médicament a-t-il été détourné, comme le pense E.Zarifian, ou justement utilisé dans le but dénoncé par Zarifian dans le cadre d'une pensée "fasciste", au sens où l'utilisent R.Gori et MJ del Volgo[140]?L'opposition se situe en fait entre l'ordre de la parole ,qui constitue l'humain et l'ordre institué par la biologie où la méthode scientifique répudie le langage subjectif de la souffrance"[141]."Exproprié" nous semble le mot qui convient pour désigner cette relation d'étrangeté intime que le patient éprouve par rapport à un corps qui le menace, le fait souffrir ou le limite dans ses ambitions vitales. On entr'aperçoit aisément les effets de ravage que de telles procédures peuvent avoir sur la subjectivité quand cette dépossession s'exerce sur ce qui la fonde ontologiquement: le corps".[142]"Cette expropriation subjective de la maladie et

[137]Il s'agit plutôt d'un aggiornamento (voir supra et la fin de l'article)
[138]E.Zarifian.:" Cinquante ans de médicaments psychotropes". in J de Kervasdoué et R.Lepoutre (dir) op cit p391-8
[139]*ibid* p397
[140]R.Gori et MJ.Del Volgo, op cit p50:"ce souci de transparence est fasciste"
[141]idem p46
[142]idem p 77

de ses traitements convoque le patient à devoir guérir d'une autre maladie que la maladie médicale: "la maladie du malade"[143].

La réorganisation de la médecine publique au bénéfice d'une médecine privée (en France, avec la loi HPST) et qui voit une diminution des moyens de celle-là n'est en rien contradictoire avec cette surmédicalisation de la société. Le livre de F.Castel, R.Castel et A.Lovell: "La société psychiatrique avancée" nous décrit, comme par une anthropologie vécue en extériorité, la société américaine, sous l'angle de son rapport avec la psychiatrie, dans les années 1980.Ce livre est précieux car il anticipe la situation que nous connaissons aujourd'hui en France. "Le paradoxe qui caractérise toute la médecine américaine: d'une part, des moyens importants, des professionnels hautement qualifiés, une technologie sans doute la plus avancée au monde, et d'autre part, une distribution inégalitaire et inhumaine des services qui fait de la maladie un cauchemar pour des dizaines de millions d'Américains"[144]. La psychiatrie publique va être appelée à répondre à de nouvelles demandes, dans le même temps où ses moyens sont diminués, et elle va le faire dans le cadre de la pensée médicale précédemment décrite.

Dans le cadre de ses nouvelles missions, elle devra "répondre à l'urgence", face aux "situations de crise". C'est à elle qu'on demandera de constituer les "cellules de crises" dans les situations d'accident. C'est, ici, vouloir opérer une prévention primaire, vouloir gérer les risques. Il ne s'agit évidemment pas ici de minimiser l'importance de la catharsis par rapport au vécu traumatique, mais de dénoncer l'abus de dispositif , la dramatisation qu'il instaure et l'injonction de parole qu'il opère. La victime de l'accident n'est-il pas mis en place de "supposé-traumatisé"? On peut se demander, comme dans le cadre du DSM-III, si la réponse reçue ne risque pas d'être la réponse attendue et si le dispositif technique ne prend pas la place de l'accueil -l'accueil humain- d'une parole possible.

Nous portons une réflexion encore plus critique sur la notion de dépistage précoce. La prévention médicalisée voudra considérer qu'une mère étiquetée schizophrène sera porteuse d'une maladie constitutionnelle héréditaire et transmissible. Comme nous l'avons vu, cela est un présupposé théorique. La

[143]idem p106

[144]Castel,Castel et Lovell ,op cit p 85

prévention médicalisée amènera l'environnement, famille et corps médical, à faire pression sur la maman[145] pour une interruption volontaire de grossesse, voire ultérieurement-ou préventivement- pour une ligature des trompes. L'enfant est-il turbulent dès ses trois ans, ou même avant? C'est là, sans doute, le signe d'une pathologie nouvelle , d'une prédisposition à la délinquance qu'il convient de médiquer le plus tôt possible et surveiller de près. Cela ne va-t-il pas déterminer son comportement ultérieur?

On peut voir la stigmatisation comme un des éléments de ce contexte, et non comme un phénomène social, éternel, quasi naturel, lié à la peur du fou. Dans son article:"L'exclusion et la norme", Eric Piel montre que "les sociétés humaines ont de tout temps inclus l'exclusion dans leurs organisations constitutives".[146] Nous avançons, ici, l'hypothèse que la stigmatisation des fous est un outil d'assurance et de réassurance de la cohésion sociale. Cette stigmatisation n'est en rien incompatible avec une politique de réinsertion sociale menée dans le cadre du secteur et compatible avec les différentes politiques d'insertion des "publics-en-difficulté". Encore que ce public-là relève d'un service particulier :un service médical. Le problème que posent les sans-domicile-fixe tient au fait que c'est par leur souffrance sociale qu'ils sont reconnus et que c'est leur souffrance psychique qui fait problème. Expropriés à double titre, souvent sans identité ni personnelle, ni administrative, ils "échappent" au dispositif de secteur[147], mais pas toujours à la pensée administrativo-médicale. Le "plan grand-froid" permet d'utiliser la législation spécifique aux malades mentaux pour hospitaliser sous contrainte une personne refusant un hébergement par grand froid et mettant ainsi sa vie en danger.

Cette médicalisation de la société exprime l'envahissement de la vie sociale occidentale par la pensée technologique. Dans le champ de la santé, c'est la génétique qui va être utilisée comme support du discours technologique .

Rabinow[148] nous fait toucher du doigt la révolution génétique. "Je pense que la génétique nouvelle s'avérera plus à même de transformer la vie et la société que ne l'a été la physique moderne, car elle est engagée dans la fabrique

[145]Cette expression est très souvent un euphémisme

[146]E.Piel :"L'exclusion et la norme "inJ.de Kersvadoué et R.Lepoutre op cit p357

[147]Le soutien psychologique est assuré marginalement, sauf exceptions notoires (E.Piel, JP Martin..)

[148] Paul Rabinow. "Artifices et Lumières de la sociobiologie à la biosocialité" in A.Ehrenberg et A.Lovell op cit

sociale, à laquelle elle se rattache par toute une série de pratiques et de discours biopolitiques....Dans l'avenir, la génétique ne se contentera plus de fournir des métaphores aux sociétés modernes: elle va devenir un réseau où circuleront des termes mettant en jeu l'identité et ses limites. Autour de cette circulation et à travers elle, émergera un authentique type d'auto-production que j'appelle "biosocialité". Si la sociobiologie est une culture construite sur une métaphore de la nature, dans la biosocialité, la nature sera conformée aux cultures comprises comme une pratique. La nature sera connue et refabriquée à travers la technique pour devenir finalement artificielle, de la même façon que la culture devient naturelle."[149] Rabinow s'appuie sur les travaux de R.Castel: "La gestion des risques-De l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse"(1981) pour montrer que la prévention moderne est avant tout une recherche des risques." La cible n'en est pas une personne, mais une population à risque. Pour reprendre les termes d'une association de lutte contre le Sida en France, " Ce n'est pas qui on est mais ce qu'on fait qui crée le risque."[150] Faut-il relever qu'ici aussi, qu'ici encore, la stigmatisation des personnes prend la place dévolue au "Principe de responsabilité"?

[149]idem p 299-300
[150]idem p301

Pour conclure cette étude

La conclusion de l'article de Rabinow ouvre la voix à une discussion avec Robert Castel qui nous permet de reprendre, ici, la confusion entre le discours médical et l'approche à travers le concept de santé mentale. L'enjeu pratique est de taille lorsque l'on considère le regard à porter sur les expériences alternatives: sont-elles de nouvelles formes d'exercice du pouvoir médical, ou au contraire un contrepoids indispensable, à un moment historique donné, quitte à perdre cette dimension et cette valeur ultérieurement? N'est-ce pas leur fonction de "faire signe", plutôt que de durer?

Rabinow conclut en citant Castel :"De nouvelles formes d'encadrement devraient émerger, visant à réduire les probabilités d'avoir un handicap et à évaluer les risques. Ces thérapies à destination des gens "normaux" iront de la modification du comportement à la gestion du stress, en passant par des traitements interactionnels de toutes sortes"[151]. Nous voyons chez Castel dans son ouvrage sur "la société psychiatrique avancée"[152] une confusion entre la pratique médicale et la promotion de la santé. Comme les gestionnaires responsables des équipements sanitaires, R.Castel réduit la notion de santé à la médicalisation, sans voir tout l'intérêt d'une prise en compte de la santé dans une acception positive. Cette confusion traverse tout l'ouvrage, au demeurant passionnant de Castel, Castel et Lovell et les fait passer à côté de ce que le mouvement d'hygiène mentale, d'une part, et le mouvement des alternatives à la psychiatrie, ont apporté comme contrepoint et contrepouvoir à l'idéologie médicale. Le récit de l'histoire du mouvement d'hygiène mentale est pourtant riche et documenté .Il montre comment la critique de l'hôpital psychiatrique y est né dès les années 1880, et comment le livre de Cliffton Beers: "A Mind that found Itself,"[153] témoignage d'un psychiatrisé, a permis en 1908, il y a plus de cent ans, de lancer un grand mouvement populaire en faveur des malades mentaux. "Son coup de génie, c'est qu'au lieu de ressasser ses infortunes en se contentant de dénoncer la condition asilaire, il met l'accent sur la nécessité d'éviter, autant que faire se peut, le passage par l'hôpital en suscitant une politique d'éducation du public et de développement

[151]P.Rabinow, art cit p 303
[152]F. Castel, R.Castel et A.Lovell ,op cit
[153]Cliffton Beers :*Raison perdue, raison retrouvée* Payot 1951.Ce livre précédé d'une préface d'A.Maurois est la traduction de la 30ème édition américaine. Il est presque impossible à trouver aujourd'hui.

de formes d'interventions moins invalidantes"[154] De la rencontre de Cliffton Beers avec Adolf Meyer naîtra le mouvement d'hygiène mentale, dont les auteurs nous disent:" C'est le passage d'une problématique de la *maladie* mentale à une problématique de *santé* mentale, porte ouverte à toutes les manipulations psychologisantes"[155] . Kirk et Kutchins nous avaient pourtant montré que c'est contre l'influence de la pensée de Meyer que fut conçu le DSM. Même genre de critique[156] vis à vis du travail social psychiatrique, dans le même temps où ils montrent son articulation avec le Settlement House Movement qui développe" une pratique d'assistance visant à l'amélioration de l'habitat, à l'aide matérielle et même au combat pour la dignité(parmi eux se trouvent les premiers militants pour l'égalité des noirs et de nombreuses féministes)"[157].La même opprobre couvre les expériences réalisées dans le cadre de la contreculture underground américaine: "Le fonctionnement des collectifs d'entraide médicale(médical self-help) est sans doute ce qui se rapproche le plus de cet idéal [féministe]...A la différence des *free clinics,* il ne s'agissait pas ici de pratiques marginales par rapport aux prérogatives médicales traditionnelles, mais d'une atteinte au monopole médical lui-même," disent les auteurs, qui ajoutent pourtant: "Dans quelle mesure ces techniques sont-elles compatibles avec le projet d'une prise de conscience sociale des déterminations de l'aliénation féminine?...Aussi ne faut-il pas trop s'étonner, que comme dans le mouvement des *free clinics*, un certain nombre d'innovations des thérapies féministes aient été intégrées dans l'appareil psychiatrique classique"[158]. Le même sort est réservé au mouvement des homosexuel(le)s. Même le mouvement des " psychiatrisés en lutte" n'y échappe pas: Si "ces groupes ont opéré un débordement du légalisme à partir du principe que "la libération des psychiatrisés est la tâche des psychiatrisés eux-mêmes"...étant donné le rapport de force disproportionné entre ce qu'ils représentent et ce à quoi ils s'attaquent, il n'est pas certain que la radicalité de la plupart d'entre eux suffise à les préserver de l'assimilation dans le système officiel"[159].Cette lecture des faits sert à la défense d'une thèse qui est

[154]F. Castel, R.Castel et A.Lovell ,op citp 49
[155]*ibid* p 52
[156]"Ils sont des spécialistes d'un "malajustement psychologique"..il s'agit toujours de "blâmer la victime". p60
[157]*ibid* p58
[158]*ibid* p 270-272
[159]*ibid* p284-286

que " Le problème qui se pose à la médecine mentale américaine -comme à toute psychiatrie aujourd'hui- est de réaliser un équilibre entre effets d'héritage et effets d'innovation, continuité de son inspiration et changement ou adaptation de certaines de ses méthodes. L'enjeu, c'est de répondre aux exigences du siècle, de réussir un *aggiornamento*".[160] Le constat d'une récupération de l'innovation par le discours médical est indéniable et difficilement contestable. En cela il ne déroge pas à une pratique ontologiquement liée au fonctionnement de la bourgeoisie et qui contribue essentiellement à sa suprématie .Est-il nécessaire pour autant de contester "le destin ambigu des institutions alternatives"? Peut-on dire , avec les auteurs, que: "Lorsque l'on admire ces réalisations "démocratiques", on oublie, en général, d'ajouter qu'elles sont souvent inspirées par la volonté de faire respecter de gré ou de force le consensus"?[161] Il est possible, vraisemblable, logique que, face au discours dominant qui est le discours médical, les expériences alternatives soient amenées soit à disparaître dans leur existence juridique, soit à disparaître dans leur spécificité en s'intégrant au système médical. C'est dire, en utilisant un néologisme qu'elles sont "mortables", à la différence des impérissables établissements. Si ces expériences sont "mortables", c'est alors qu'elles sont porteuses de vie, d'un discours vivant, c'est sans doute qu'elles sont des espaces de créativité. Qu'est-ce à dire? Est-ce possible? Est-ce là que se réalise, chaque fois de manière éphémère et chaque fois renaissant, le concept de la santé mentale comme valeur et pensée positive? C'est ce nous tâcherons de voir.

[160] *ibid* p288
[161] *ibid* p354

2. Les alternatives à la pensée psychiatrique.
Les apports philosophiques
de Michel Foucault et de Gilles Deleuze et Félix Guattari.

La pensée psychiatrique, la logique du discours psychiatrique repose, à notre avis, sur une aporie, qui se tient, toute entière, dans la contradiction entre son but et son objet. Son but, et c'est en cela quelle peut prétendre au statut de science, c'est d'être une démarche de connaissance objective. L' objet de cette recherche , c'est la subjectivité. Certes, ceci est vrai de l'ensemble de la médecine, et Canguilhem montre bien que " Ce qui fait la véritable difficulté de la médecine :la maladie, en acquérant un statut scientifique, se sépare de plus en plus de ce que l'intéressé en éprouve".[162]La langue anglaise permet à l'anthropologie américaine ce que la langue française, qui n'a à sa disposition que le seul mot de maladie, ne peut faire : distinguer les trois acceptions du mot. L'anglais distingue "illness":la maladie telle qu'elle est vécue, de "disease": la maladie telle que la médecine l'objective et de "sickness" qui est la maladie définie à travers les rôles sociaux du malade. La citation de Canguilhem passe également à côté de cette dernière dimension, qui joue un rôle tellement essentiel en psychiatrie. La psychiatrie, que l'on appelait autrefois la "médecine spéciale" n'est pas , quelques soient les efforts que l'on déploie pour nous prouver le contraire, une médecine comme les autres. Pour reprendre la belle expression d'A.Ehrengerg et A.Lovell: "La psychiatrie est à la fois *médecine comme une autre et autre que la médecine*"[163], parce qu'elle se donne comme objet la capacité de jugement, la capacité du sujet d'évaluer correctement le "lui-même" qui souffre. Elle se situe au croisement du médical, du social et du moral. Elle veut situer en extériorité des questions philosophiques qui portent sur la conception du sujet humain et ne s'appliquent pas, de la même façon, à d'autres branches de la médecine, par exemple, la cancérologie et la cardiologie. Il faut donc chercher en dehors du champ psychiatrique la recherche d'un autre discours, un discours qui prenne en compte la question des rôles sociaux en rapport avec la souffrance psychique. Le choix des auteurs: Michel Foucault, d'une part, et Deleuze et Guattari, d'autre part, n'est pas anodin. Ils sont contemporains, assez proches pour avoir commenté leurs écrits et même s'être influencé, mais ils ne fraient pas les mêmes chemins, comme on verra, sauf dans deux domaines qui nous tiennent à cœur: la place qu'ils donnent les uns et les autres à l'évènement,

[162]G.Canguilhem:*Le normal et le pathologique*.PUF 1966, cité par J.Clavreul: *l'ordre médical* Seuil Paris 1978 p25
[163]A.Ehrenberg et A.Lovell art cité p 11

d'une part, et à la situation des personnes étiquetées "folles" ou "malades mentaux", d'autre part. Notre choix a donc été clairement choisi en fonction de notre sujet de recherche et de notre proximité avec ces auteurs. Notre travail d'analyse s'attachera donc à voir comment ces auteurs ont fait avancer la question de la prise en compte, la question de l'appropriation du pouvoir et de la parole dans un champ social que nous nommons le champ de la santé mentale (concept sur lequel il nous faudra revenir). Notre travail d'analyse s'attachera également à chercher les limites de ces auteurs dans leur réflexion sur cette question. Ces auteurs ont souvent été qualifiés "d'antipsychiatriques". Ils s'en sont défendus, préférant, dans le cas de Félix Guattari, utiliser le terme "d'alternative". Nous avons nous-mêmes souligné dans notre introduction ce choix, qui n'est pas de l'ordre d'une simple sémantique. Il s'agit bien d'être dans une autre logique de discours.

Foucault

Est-il besoin de faire part, ici, de l'importance de l'impact des travaux de Michel Foucault sur la manière de considérer les fous et la folie ? Le nombre des colloques et des publications qui ont suivi la publication en 1961 de "Folie et Déraison. Histoire de la Folie à l'âge classique"[164], qui fut un énorme succès de librairie, en témoignent, ainsi que la foule qui se pressait à ses cours au Collège de France, notamment à ceux sur le Pouvoir Psychiatrique[165] et les Anormaux.[166]Les hommages éloquents ont suivi sa mort en 1986 , et , le 23 novembre 1991, un colloque de la société d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse commémorait " l'histoire de la folie, trente ans après"[167].

Foucault fut pourtant, au départ, extrêmement contesté , mais cet impact fut si fort qu'Henri Ey décida de l'organisation d'un colloque de l'Evolution Psychiatrique sur "la conception idéologique de l'Histoire de la folie" à Toulouse en décembre 1969.[168]Foucault refusa de s'y rendre:" Il s'agit là d'une position psychiatricide si lourde de conséquence pour l'idée même de l'homme que nous eussions beaucoup désiré la présence de Michel Foucault parmi nous. Tout à la fois pour lui rendre le juste hommage de notre admiration pour sa pensée et pour contester que la "maladie mentale" puisse être considérée comme la merveilleuse manifestation de la folie ou plus exceptionnellement comme l'étincelle même du génie poétique. Car elle est autre chose qu'un phénomène culturel," nous dit H.Ey[169]. Critiquées par les uns, encensées par les autres, les analyses de l'Histoire de la Folie de Foucault sont belles et bien rentrées aujourd'hui dans l'histoire de la psychiatrie.

Foucault a lui-même synthétisé sa pensée dans les phrases où il la présente lors de sa réception au Collège de France: "Il existe dans notre société un autre principe d'exclusion: non plus un interdit, mais un partage et un rejet. Je pense à l'opposition raison et folie. Depuis le fond du Moyen-âge, le fou est celui dont le discours ne peut pas circuler comme celui des autres: il arrive

---

[164]M.Foucault. *Folie et Déraison Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon Paris 1961.réédité sous le titre *Histoire de la folie à l'âge classique* Gallimard, Paris 1972 (sans la préface) Coll Tel 1976

[165]M.Foucault. *Le pouvoir psychiatrique* Gallimard Paris 2003

[166]M.Foucault. *Les Anormaux* Gallimard Paris 1999

[167]E.Roudinesco (dir): *Penser la folie*. Galilée Paris 1992

[168]Actes du colloque. Evolution psychiatrique, 36,II Privat, Toulouse 1971.Ont notamment participé à ce colloque: G.Daumézon, H.Szulman, Antoine Porot, Eugène Minkowski, Julien Rouart.

[169]ibid , cité par Roudinesco "Lectures de l'Histoire de la folie: introduction" in *Penser la folie* ,op citp15

que sa parole soit tenue pour nulle et non avenue, n'ayant ni vérité ni importance, ne pouvant pas faire foi en la justice, ne pouvant pas authentifier un acte ou un contrat, ne pouvant pas même, permettre la transsubstantiation des corps; il arrive aussi en revanche qu'on lui prête, par opposition à tout autre, d'étranges pouvoirs, celui de dire une vérité cachée, celui de prononcer l'avenir, celui de voir en toute naïveté ce que la sagesse des autres ne peut percevoir. Il est curieux de constater que pendant des siècles en Europe la parole du fou ou bien n'était pas entendue, ou , si elle l'était, était écoutée comme une parole de vérité. Ou bien elle tombait dans le néant-rejetée aussitôt que proférée; ou bien on y déchiffrait une raison naïve ou rusée, une raison plus raisonnable que celle des gens raisonnables. De toute façon, exclue ou secrètement investie par la raison, au sens strict, elle n'existait pas. C'était à travers ses paroles qu'on reconnaissait la folie du fou; elles étaient bien le lieu où s'exerçait le partage.....On me dira que tout ceci est fini aujourd'hui ou en train de s'achever; que la parole du fou n'est plus de l'autre côté du partage; qu'elle n'est plus nulle et non avenue; qu'elle nous met aux aguets, au contraire; que nous y cherchons un sens, ou l'esquisse, ou les ruines d'une œuvre; et que nous sommes parvenus à la surprendre, cette parole du fou, dans ce que nous articulons nous-mêmes, dans cet accroc minuscule par où ce que nous disons nous échappe. Mais tant d'attention ne prouve pas que le vieux partage ne joue plus....Quand bien même le rôle du médecin ne serait que de prêter l'oreille à une parole enfin libre, c'est toujours dans le maintien de la césure que s'exerce l'écoute. Ecoute d'un discours qui est investi par le désir, et qui se croit-pour sa plus grande exaltation ou sa plus grande angoisse-chargé de terrible pouvoirs. S'il faut bien le silence de la raison pour guérir les monstres, il suffit que le silence soit en alerte, et voilà que le partage demeure."[170]

Nous sommes partis des rapports de Foucault avec la psychanalyse. Comme nous venons de le voir dans cette citation, cette question est au centre de la réflexion sur la prise de parole. Mais ce qui intéresse Foucault, c'est moins ce que les personnes disent que les rapports de pouvoir. La philosophie de M.Foucault s'articule autour de la notion de pouvoir. "Foucault élève la notion de "pouvoir" au rang de catégorie historico-transcendantale dans le

[170] M.Foucault *L'ordre du discours* Gallimard Paris 1971p12-15

cadre d'une historiographie qui critique la raison. Cette caractérisation n'a rien de trivial"[171]. L'analyse de la notion de pouvoir chez Foucault retiendra toute notre attention. Elle débouchera sur l'étude de l'historiographie foucaldienne et sur la critique foucaldienne de la raison.

La psychanalyse

On peut penser que Foucault n'aurait pas seulement une certaine ambivalence par rapport à la psychanalyse, mais irait même jusqu'à tenir à son sujet des propos contradictoires: D'un côté, elle serait un formidable outil de subversion et de libération, d'un autre côté, elle serait la forme la plus achevée de pouvoir, dans le sens de maîtrise de quelqu'un sur quelqu'un d'autre. Qu'en est-il exactement, et comment faut-il comprendre cela? Incohérence ou subtilité?

Dans " Les mots et les choses", M. Foucault écrit: "La psychanalyse et l'ethnologie occupent dans notre savoir une place privilégiée. Non point sans doute parce qu'elles auraient, mieux que toute autre science humaine, assis leur positivité et accompli enfin le vieux projet d'être véritablement scientifiques; plutôt parce qu'aux confins de toutes les connaissances sur l'homme, **elles forment à coup sûr un trésor inépuisable** d'expériences et de concepts, mais surtout un perpétuel principe d'inquiétude, de mise en question, de critique et de contestation de ce qui a pu sembler, par ailleurs, acquis...**La psychanalyse** se tient **au plus près de cette fonction critique**. En se donnant pour tâche de faire parler à travers la conscience le discours de l'inconscient, la psychanalyse avance dans la direction de cette région fondamentale où se jouent les rapports de la représentation et de la finitude"[172].On pourra nous objecter qu'il s'agit là d'un ouvrage épistémologique générale, et non d'une réflexion sur la manière dont est prise en compte la souffrance psychique et ceux qui la portent.

Dans l'Histoire de la folie, Foucault écrit en 1961:" Il faut être juste avec Freud...Freud reprenait la folie au niveau de son langage, reconstituait un des éléments essentiels d'une expérience réduite au silence par le positivisme...il

[171]J.Habermas .".Les sciences humaines démasquées par la critique de la raison: Foucault "in *Le débat* n°41 1986 p83 Extrait *de Discours Philosophique de la modernité* Suhrkamp Verlag , Frankfurt am Main 1985, p279-312

[172]M.Foucault. *Les mots et les choses.* Gallimard Tel Paris 1966 p 385

restituait, dans la pensée médicale, la possibilité d'un dialogue avec la déraison...Ce n'est point de psychologie qu'il s'agit dans la psychanalyse: mais précisément d'une expérience de la déraison que la psychologie dans le monde moderne a eu pour sens de masquer"[173].

On a pu penser que la pensée de M.Foucault sur la psychanalyse avait évolué entre une période "avant 68" et une période "après 68", mais surtout "après 1972-3", date à laquelle il aurait été influencé par l'"Anti-Oedipe" de Deleuze et Guattari[174] et le Psychanalysme de R.Castel.[175] Outre que le fait que ce serait là concéder peu de place à l'originalité de M.Foucault, cette hypothèse ne tient pas face à une analyse rigoureuse. En effet, Foucault écrit dans son cours au Collège de France de 1973-74: "La psychanalyse peut être interprétée comme le premier grand recul de la psychiatrie, le moment où la question de ce qui se disait dans les symptômes, le jeu de la vérité et du mensonge dans le symptôme s'est trouvé imposé de force au pouvoir psychiatrique."[176]

G. Canguilhem, qui fut le rapporteur lors de la soutenance de la thèse sur l'histoire de la folie, est sensible à ce qu'il sent comme une contradiction chez Foucault : "C'est à la fin de l'histoire de la folie qu'on apprend quand et comment la psychiatrie cesse d'être réellement, sous un manteau de philanthropie, une police des fous. C'est avec et par Freud. Foucault dit de lui: "Il a démystifié les structures asilaires, il a reporté sur lui tous les pouvoirs qui s'étaient répartis dans l'existence collective de l'asile"...Mais une interrogation subsiste...Foucault maintiendrait-il ce qu'il a dit de Freud, qu'il a "amplifié les vertus de thaumaturge du personnage médical?"[177].Pour comprendre comment Foucault se situe, et ce dès 1961et non dans l'après 68 ou après l'Anti-Oedipe, il faut lire Foucault jusqu'au bout: "Il [Freud] a bien délivré le malade dans laquelle l'avaient aliéné ses "libérateurs"; mais il ne l'a pas délivré de ce qu'il y avait d'essentiel dans cette existence; il a regroupé les pouvoirs, les a tendu au maximum, en les nouant entre les mains du médecin; il a créé la situation psychanalytique, où...l'aliénation devient désaliénante, parce que dans le médecin, elle devient sujet. **Le médecin, en**

[173]M.Foucault .Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard Tel 1972 p 428 ultérieurement identifié HDF 72 T
[174]G.Deleuze et F. Guattari *Capitalisme et schizophrénie, t1:l'Anti-Oedipe* Minuit. Paris 1972
[175]R.Castel : *Le Psychanalysme* F.Maspero.Paris 1973
[176]M.Foucault :*Le pouvoir psychiatrique* Gallimard/seuil , Paris 2003 p137 ultérieurement identifié PP
[177]G.Canguilhem."Ouverture" in *Penser la folie* op cit p40-41

tant que figure aliénante, reste la clef de la psychanalyse.[178] C'est peut-être parce qu'elle n'a pas supprimé cette structure ultime...que la psychanalyse ne peut pas, ne pourra pas entendre les voix de la déraison, ni déchiffrer pour eux-mêmes les signes de l'insensé. La psychanalyse peut dénouer quelques une des formes de la folie; elle demeure étrangère au travail souverain de la déraison. Elle ne peut ni libérer ni transcrire, à plus forte raison, expliquer ce qu'il y a d'essentiel dans ce labeur. "[179] C'est très clair: Foucault réduit le psychanalyste au médecin. Pour Foucault, il y a, d'un côté, la théorie psychanalytique, qui ,par la reconnaissance de l'inconscient est porteuse d'une profonde valeur subversive, et, d'un autre côté, la pratique, qui comme toute pratique médicale, est aliénante. Certes, la position n'est pas sans contenir une part de vérité et l'on peut s'interroger sur l'authenticité d'un dialogue quand la psychanalyse est convoquée pour soutenir un discours bâti sur des nosographies psychiatriques objectivantes[180] .Le grand mérite de Foucault est d'avoir montré comment la place de l'homme est niée par la psychiatrie."Le-fou" est un homme déchu, dépossédé de sa parole par le discours médical. Mais, en séparant ainsi la théorie et la pratique psychanalytique, en attribuant, dans le geste réducteur du psychanalyste au médecin, au psychanalyste le pouvoir de maîtrise, Foucault ne court-il pas le risque d'ignorer purement et simplement l'essence de la psychanalyse, qui est d'être un espace de parole ? On voit bien que ce qui fait problème pour Foucault, dans la psychanalyse, c'est le dispositif, qui est -pour lui, mais pas seulement pour lui, c'est un fait- dissymétrique. Mais, ce qui est en jeu ,dans la psychanalyse, ce qui est sa référence, sa référence éthique, sa référence de pensée, c'est la prise de parole : "L'expérience psychanalytique a retrouvé dans l'homme l'impératif du verbe comme la loi qui l'a formé à son image. Elle manie la fonction poétique du langage pour donner à son désir sa médiation symbolique. Qu'elle vous fasse comprendre que c'est dans le don de parole que réside toute la réalité de ses effets; car c'est par la voie de ce don que toute réalité est venue à l'homme et par son acte continué qu'il la maintient"[181]. La prise en compte de la parole, et de la parole de ceux qu'on

[178]C'est nous qui soulignons
[179]HDF 72T p 631-2
[180]Voir à ce sujet M-A Wolf *Dialogue avec le sujet psychotique* Triptyque 2005
[181]J.Lacan ."Fonction et champ de la parole et du langage" in *Ecrits* Seuil Paris 1966 p 322

dit fous au premier chef, suppose des adresses. L'un des premiers lieux possible est la psychanalyse. Cela est dans son essence, d'être un lieu d'écoute de "ce qui se dit". Si nous parlons de la psychanalyse, et non du dispositif psychanalytique, c'est pour souligner que ce qui est jeu dans la psychanalyse peut aussi être, dans d'autres situations que la situation de la "cure-type"[182]. Mais la psychanalyse n'est pas le seul moyen de prise en compte de la parole. Il y a une infinité de manière de prise en compte de la parole de l'autre, de l'autre "fou". Le plus simple est généralement de lui demander son avis.

On peut donc avoir le sentiment que la lecture foucaldienne de la pratique psychanalytique mette ici l'accent sur une non prise en compte par Foucault de la prise de la parole par "le-fou". Cela peut sembler paradoxal. En effet , comme le fait remarquer J.Habermas: "Foucault conjecture derrière le phénomène engendré par la psychiatrie de la maladie mentale, et d'une manière générale derrière les différents masques de la folie, une figure de l'authenticité, une figure réduite au silence et dont il faut ouvrir la bouche"[183]. Mais cette question de l'authenticité n'intéresse Foucault qu'en tant qu'elle permet de révéler un rapport de pouvoir. Dans ce passage de la préface de 1961 M.Foucault définit son projet de l'Histoire de la Folie: "Cette structure de l'expérience de la folie, qui est tout entière de l'histoire, mais qui siège à ses confins ...fait l'objet de cette étude .C'est dire qu'il ne s'agit point d'une histoire de la connaissance, mais des mouvements rudimentaires de l'expérience. Histoire, non de la psychiatrie, mais de la folie elle-même, dans sa vivacité, avant toute capture du savoir. **Il faudrait donc tendre l'oreille, se pencher vers ce marmonnement du monde, tâcher d'apercevoir tant d'images qui n'ont jamais été de poésie, tant de fantasmes qui n'ont jamais atteint les couleurs de la veille.** ..La liberté de la folie ne s'entend que du haut de la forteresse qui la tient prisonnière...faire l'histoire de la folie voudra donc dire: faire une étude structurale de l'ensemble historique-notions, institutions, mesures juridiques et policières, concepts scientifiques-qui tient captive une folie dont l'état sauvage ne peut jamais être restitué en lui-même; mais à défaut de cette inaccessible pureté primitive, l'étude

[182]Et, inversement, des situations, voire des discours se référant à la psychanalyse peuvent être totalement dépourvus de ce qui fait l'essence de la psychanalyse.

[183]J.Habermas.Les sciences humaines démasquées par la critique de la raison: Foucault in Le débat n°41 1986 p72 Extrait de Discours Philosophique de la modernité Suhrkamp Verlag , Frankfurt am Main 1985, p279-312

structurale doit remonter vers la décision qui lie et sépare à la fois raison et folie."[184]

Une citation de G.Canguilhem nous introduira à la réflexion sur le pouvoir : "Il est possible qu'au départ, Foucault ait été plus sensible, dans son analyse des fonctions de pouvoir, à l'aspect répressif de l'internement qu'à la recherche patiente des moyens de contrôle et de normalisation. Il n'en reste pas moins que, dès le début de ses recherches "généalogiques" en matière de comportements culturels, il se présente comme dénonciateur de la normalité des normes anonymes. D'où son attitude de complicité avec Freud"[185]. Concluons la réflexion de la place de la psychanalyse dans la pensée de M.Foucault par cette citation qui reflète bien sa pensée: "Freud inventeur et modèle de l'antinormalisation, qui a conféré à la psychanalyse l'honneur politique...d'avoir été en opposition théorique et pratique avec le fascisme". [186]

Le pouvoir

Dans "le Pouvoir Psychiatrique", Foucault le dit explicitement: "Je voudrais essayer de voir dans quelle mesure un dispositif de pouvoir peut-il être producteur d'un certain nombre d'énoncés, de discours et, par conséquent, de toutes les formes de représentations qui peuvent en découler?"[187] Canguilhem confirme dans la fin de l'article précité que c'est le propos de Foucault dès 1961, dès l'Histoire de la Folie: "Dans la thèse de Foucault, c'est de la folie qu'il s'agit d'abord, non de la maladie mentale, c'est de l'exclusion, d'internement, de discipline qu'il s'agit d'abord, non d'asile d'assistance et de soins. C'est d'un pouvoir de relégation et non d'un savoir d'identification que procède la pratique médico-psychologique, par le biais d'une pratique d'internement-assistance"... Foucault accordait au fou une vérité de son être qui n'annulait pas sa liberté d'être fou."[188] De nombreux passages de l'Histoire de la Folie en témoignent:"N'est-il pas important pour notre culture que la déraison n'ait pu y devenir objet de connaissance que dans la mesure où elle a

[184]M.Foucault "Préface à Folie et Déraison" in Foucault *Dits et Ecrits* I, 1954-1975 Quarto Gallimard 2001 p 192
[185]G.Canguilhem: "Sur l'histoire de la folie en tant qu'évènement" in *Débat* op cit p37-39
[186] M. Foucault. *La volonté de savoir* Gallimard Paris 2011 p 197-8
[187]M.Foucault.: *Le pouvoir psychiatrique*. op cit p14
[188]G.Canguilhem :"Sur l'histoire de la folie en tant qu'évènement" in *Débat* op cit p39

été, au préalable, objet d'excommunication?" [189]"L'expérience de la folie, comme maladie, pour restreinte qu'elle est, ne peut être niée. Elle est paradoxalement contemporaine d'une autre expérience dans laquelle la folie relève de l'internement, du châtiment, de la correction".[190]" L'internement est destiné à corriger, et si tant est qu'on lui fixe un terme, ce n'est pas celui de la guérison, mais plutôt d'un sage repentir" .[191] " En tant qu'il est sujet de droit, l'homme se libère de ses responsabilités dans la mesure même où il est aliéné...en un sens, il est juste de dire que c'est sur le fond d'une expérience juridique de l'aliénation que c'est constituée la science médicale des maladies mentales."[192]"L'homme aliéné est reconnu comme incapable *et* comme fou"[193]..."Il y aurait deux formes de l'aliénation essentiellement différentes...l'une est prise comme limitation de la subjectivité, l'autre désigne une prise de conscience par laquelle le fou est reconnu, par sa société, comme étranger à sa propre patrie;...on le désigne comme l'Autre, comme l'Etranger, comme l'Exclu...Le concept d'"*aliénation mentale*"....n'est au fond que la confusion anthropologique de ces deux expériences de l'aliénation, l'une qui concerne l'être tombé dans la puissance de l'Autre, et enchaîné à sa liberté, la seconde qui concerne l'individu devenu Autre, étranger à la ressemblance fraternelle des hommes entre eux" .[194]

Foucault n'est pas un psychiatre. La psychiatrie apparaît, dans les années 60, avant et après Mai 68, comme une forteresse de l'ordre, et, à ce titre, elle est la cible privilégiée d'une pensée anti-autoritaire . Si Foucault s'y intéresse, dans ce travail, c'est à ce titre et non pour tenter de réformer les approches du soin psychique. C'est là qu'il se situe dans une démarche totalement alternative, même à l'égard des courants alternatifs **au sein** de la psychiatrie. Son dessein est épistémologique ET politique.

Pour Foucault,**:"L'instance médicale fonctionne comme pouvoir bien avant de fonctionner comme savoir"**[195] **C'est très vraisemblablement qu'il y a , au cœur même de cet espace, un pouvoir menaçant qu'il s'agit de**

[189] HDF 61 p129
[190]HDF 72T p156
[191]idem p 154
[192]idem p172"
[193] idem p175. Notons que cette double reconnaissance se fait quand le sujet (du roi) devient citoyen.
[194] idemp177-178. Relevons au passage l'utilisation des majuscules, notamment pour l'Autre .Lacan réservait cet usage à une acception bien précise
[195]M.Foucault. *Le pouvoir psychiatrique.* op cit p5

maitriser ou de vaincre"[196]**.** L'autre intérêt du "pouvoir dissymétrique" est, en effet, de mettre en lumière le "système des différences". "Ce qui est à maîtriser, c'est évidemment le fou"[197]. Pour Foucault, l'essence de la folie est dans la conviction de la toute puissance (qui peut s'exprimer par toute idée délirante).C'est, du moins, ce qu'il comprend de l'interprétation des psychiatres: "Pour les psychiatres de l'époque, le fait d'imposer ainsi cette croyance...c'est une manière de se croire roi".[198]Ici, Foucault introduit le sujet qu'il développera par la suite en analysant les pratiques psychiatriques. Notre hypothèse est que le sentiment de toute puissance est secondaire et réactionnel à une faillite narcissique et existentielle. Cette hypothèse soutiendra notre commentaire.

Dans "le Pouvoir Psychiatrique", Foucault introduit une question qui porte autant sur l'essence du pouvoir que sur son exercice. Il introduit une distinction entre le pouvoir souverain, incarné et le pouvoir disciplinaire, désincarné et surtout sans place pour la parole, qui est particulièrement féconde. Elle renvoie, sans le dire, à l'univers décrit par F.Kafka, aussi bien dans le Procès que dans le Château. Par là, elle fait sortir la réflexion sur la psychiatrie du champ des épistémologies médicales. Elle met en lumière cette dimension essentielle aux relations humaines, à la condition humaine .Elle s'inscrit dans une réflexion sur l'essence du totalitarisme, elle introduit une réflexion qui rencontre les travaux d'E. Goffman sur les Institutions Totalitaires[199] , mais en s'adressant directement à l'essence du pouvoir. Par ce débat entre pouvoir souverain et pouvoir disciplinaire, Foucault nous place au cœur des rapports de pouvoir en œuvre dans les pratiques psychiatriques. On pourrait opposer à Foucault que tout pouvoir , y compris souverain , s'il veut s'exercer, doit disposer de moyens de contrainte. Cependant, Max Weber précise ce qu'il faut entendre par pouvoir disciplinaire. Nous appelons pouvoir, dans le français courant , ce que Max Weber appelle "domination",c'est -à-dire qu'il "signifie la chance de trouver des personnes déterminables prêtes à obéir à un ordre de contenu déterminé; nous appelons discipline la chance de rencontrer chez une multitude déterminable

[196]*ibid.* p8
[197]i*bid*. p8
[198]*ibid* Cette question sera reprise ultérieurement
[199]E. Goffman. *Asiles* Editions de Minuit 1968

d'individus une obéissance prompte, automatique et schématique, en vertu d'une disposition acquise"[200]. Outre qu'elle nous met au cœur du dispositif psychiatrique, la distinction qu'opère Foucault entre pouvoir incarné (souverain) et pouvoir désincarné (disciplinaire) nous permet d'évoquer et de situer ici une autre dimension sémantique du concept de pouvoir, celle de puissance, celle qui signifie possibilité de la mise en œuvre des capacités, à un niveau personnel, qui est celle que nous utilisons dans l'expression: "appropriation du pouvoir".

C'est à partir de Descartes , de la manière de Descartes de parler des fous que Foucault introduit le sujet. Foucault voit une césure entre l'approche de la folie comme erreur et l'approche de la folie comme pouvoir. Pour Descartes, nous dit Foucault," "se prendre pour un roi", "croire qu'on a un corps de verre",c'était signalétique ,tout simplement ,de la folie comme erreur"[201]."Quand au malade mental, il est bien sans doute le résidu de tous les résidus, le résidu de toutes les disciplines, celui qui est inassimilable à toutes les disciplines scolaires, militaires, policières, etc que l'on peut trouver dans une société"[202].

Pour Foucault, le processus d'exclusion n'existe pas dans le cadre du pouvoir disciplinaire qui va créer des lieux spécifiques de prise en compte des irréductibles: "Le pouvoir disciplinaire a cette double propriété d'être anomisant, c'est-à-dire de mettre toujours à l'écart un certain nombre d'individus, de faire apparaître de l'anomie, de l'irréductible, et d'être toujours normalisant, d'inventer toujours de nouveaux systèmes récupérateurs, de toujours rétablir la règle".[203]Il est curieux de voir Foucault utiliser le terme d'anomie dans le sens de mise à l'écart. Le Robert donne comme définition "Absence de norme sociale, d'organisation, de loi", définition qui ne peut évidemment s'appliquer ici. Foucault joue sur le rapprochement phonique: anomie/norme, comme il le fera plus tard pour anomalie/anormal. Cependant, cette mise en avant de ce que nous appellerons "la fonction récupératrice", l'ordination de l'irrécupérable permet à Foucault d'introduire comme une

[200]Max Weber. *Economie et société*. t1 chap I,§16
[201]*ibid*
[202]p56
[203]*ibid*

fonction réductrice, la "fonction-sujet". La question de la liberté ne se pose pas parce que le sujet est réduit à la fonction-sujet.

Foucault va donc tenter une "désindividualisation" qui va de pair avec "la désubjectivation", la "dénormalisation", la "dépsychologisation". Si une critique de l'individu nous paraît possible à partir des notions de "sujet de l'inconscient" et de "sujet divisé", nous nous posons alors la question de savoir, si, dans son entreprise, Foucault ne risque pas de jeter le bébé avec l'eau du bain.

Pourtant, Foucault met en lumière un concept-clef dont Canguilhem avait, le premier, montré l'intérêt: celui d'**anomalie**: "Ces systèmes disciplinaires, dans la mesure où ils étaient **normalisants**, faisaient naître nécessairement dans leurs marges, **par exclusion et à titre résiduel,** autant **d'anomalies,** d'illégalismes, d'irrégularités". Les systèmes disciplinaires dont il est question ici sont l'école, l'armée, l'entreprise. La prise en compte de l'anomalie va générer d'autres systèmes disciplinaires, les services "spécialisés" pour que chacun rentre dans l'ordre. Qu'est-ce que l'anomalie? Étymologiquement, le mot vient, à travers le bas-latin anomalia et du grec anômalia de an- et de omalos "égal, uni". Ce n'est que plus tard que l'on a voulu interpréter l'étymologie à tort comme venant de an-nomos (anormal) et le rapprocher de l'idée de "a-normal". "L'anomalie, nous dit Canguilhem, c'est le fait de variation individuelle qui empêche deux êtres de pouvoir se substituer l'un à l'autre de façon complète...Mais diversité n'est pas maladie. L'anomal, ce n'est pas le pathologique(...)Mais le pathologique, c'est bien l'anormal"[204].Cette définition montre bien la différence entre "anomalie", que nous pouvons définir comme absence de possibilité d'isomorphisme et "anormalité", déviance par rapport à la norme. Le concept d'anomalie nous permet, d'une manière essentielle, un nouveau regard sur "**le-fou",** qui peut être alors simplement considéré comme "**quelqu'un de différent".** Mais Foucault, dans l'analyse du pouvoir psychiatrique comme pouvoir disciplinaire va plus loin en montrant l'effort de ramener à la norme l'anomalie. Peut-on considérer que "la famille va devenir l'instance

[204]G.Canguilhem. *Le Normal et le pathologique* Quadrige/PUF 1966 p85

d'anomalisation des individus"[205], lorsqu'elle désigne en son sein ceux qui sont fous ?

Dans le rapport de pouvoir, tout va se jouer autour de la question de savoir QUI détient la vérité .Déjà, dans l'Histoire de la Folie , Foucault écrivait " Le délire comme principe de la folie , c'est un système de propositions fausses dans la syntaxe générale du rêve. La folie est exactement au point de contact de l'onirique et de l'erroné...Avec l'erreur, elle a en commun la non-vérité, et l'arbitraire dans l'affirmation et la négation; au rêve elle emprunte la montée des images et la présence colorée des fantasmes. Mais tandis que l'erreur n'est que non-vérité, tandis que le rêve n'affirme ni ne juge, la folie ,elle, remplit d'images le vide de l'erreur, et lie les fantasmes par l'affirmation du faux. En un sens ,elle est donc plénitude, joignant aux formes de la nuit les puissances du jour, aux formes de la fantaisie l'activité de l'esprit éveillé; elle noue des contenus obscurs avec les formes de la clarté. Mais cette plénitude n'est-elle pas ,en vérité, le *comble du vide?*[206]"

Foucault reprend cette question d'une manière plus radicale dans le Pouvoir Psychiatrique: "Le problème de la vérité, au lieu d'être là en jeu dans la cure, a été résolu une fois pour toutes par la pratique psychiatrique, une fois qu'elle s'est donnée, comme statut, d'être une pratique médicale et, comme fondement, d'être l'application d'une science psychiatrique". La pratique psychiatrique donne lieu à deux discours:"l'un qu'on peut appeler le discours clinique ou classificatoire..et tout un savoir anatomo-pathologique qui doit servir de garant matérialiste à la pratique psychiatrique...Garant définitif d'une vérité, le pouvoir psychiatrique dit ceci: la question de la vérité ne sera jamais posée entre moi et la folie, pour une raison simple, c'est que moi, psychiatre, je suis déjà la science...je suis détenteur de tous les critères de la vérité ...si je détiens un pouvoir par rapport à toi, le fou, c'est parce que je détiens cette vérité". [207] Le propos est fort, même s'il ne dit rien, et c'est dommage, sur la question de savoir d'où le psychiatre détient ce pouvoir, et qui, et même qu'est-ce, qui a donné ce pouvoir au psychiatre?

A la vérité, Foucault oppose la simulation:" La croix de la psychiatrie du XIXème siècle, c'est tout simplement le problème de la simulation....Le

[205] M.Foucault PP p115
[206]HDF 1972 T p 309
[207]M.Foucault PP p132 à 135

mensonge de la simulation, la folie simulant la folie, ça a été l'anti-pouvoir des fous en face du pouvoir psychiatrique....Si on fait de la simulation, non un problème épistémologique ou la butée d'un savoir, mais l'envers militant du pouvoir psychiatrique, on pourra faire une histoire de la psychiatrie qui gravitera enfin autour des fous"[208].En faisant de la simulation l'arme essentielle contre la vérité du pouvoir psychiatrique, Foucault semble éviter la question de la compréhension non pas tant de ce qu'il se dit dans le délire, mais de ce que délirer veut dire. Il semble s'interdire toute tentative de compréhension du vécu. C'est la question du sentiment d'exister et ,à partir de là, de l'appropriation de l'identité qui se joue dans un langage qui n'est pas dans le domaine du partageable. C'est cela qui constitue la véritable pierre d'achoppement de la psychiatrie. Ce n'est pas à partir de la simulation qu'il convient d'écrire la véritable histoire des fous, mais bien celle de l'appropriation du pouvoir, des capacités, de l'identité. C'est bien parce qu'il s'agit effectivement, ici, de pouvoir que les analyses de Foucault sont précieuses, mais de pouvoir, non pas dans le sens de domination, mais dans le sens d'appropriation personnelle de puissance.

Est-ce par antipsychologisme que Foucault éluderait cet abord de la question? Foucault aborde la question de l'interrogatoire du malade par le biais de l'interrogatoire d'identité: "Ce qu'on lui demande , c'est qu'il avoue...Cette reconnaissance d'un certain nombre d'épisodes biographiques; l'énoncé le plus opératoire de la vérité ne portera pas sur les choses, il portera sur le malade lui-même...Cette vérité biographique qu'on lui demande n'est pas tellement la vérité qu'il pourrait dire sur lui-même, c'est une certaine vérité sous forme canonique: interrogatoire d'identité...Cette vérité ,ce n'est pas celle de la folie parlant en son propre nom, c'est l'énoncé d'une folie qui accepte de se reconnaître, en première personne, dans une certaine réalité administrative et médicale" [209].Et Foucault cite, alors, le fait que Leuret considère comme un échec le fait qu'une patiente était dans "l'impossibilité de faire l'aveu de ce schéma biographique": "La personne de moi-même n'a pas de nom, la personne de moi-même a perdu son nom, la personne de moi-même n'a pas d'âge". Dans le schéma où est Foucault d'une lutte de pouvoir du psychiatre

[208]idem p134 à 138
[209]Foucault PP p 156 à 160

face à la toute puissance qui s'exprime par et dans le délire, l'interrogatoire psychiatrique apparaît assimilé à un interrogatoire de police, et il semble que ce soit là où Leuret échoue. On peut cependant avancer l'hypothèse que ce qui est insupportable pour Leuret, ce qui est pour lui un échec, c'est d'être ainsi confronté ,et impuissant, à la perte du sentiment d'exister de cette Catherine, et d'être ainsi confronté à son propre doute existentiel. Alors, est-ce cela, est-ce ce doute existentiel que Foucault appelle: "Cette vérité de la folie parlant en son propre nom"? Mais alors pourquoi dit-il qu'elle n'est pas reconnue, puisque justement c'est cela qui fait butée, qui tient le psychiatre en échec. Nous devons avouer que cette notion d' une "vérité de la folie parlant en son propre nom", nous laisse perplexe. Qu'est-ce à dire? N'y aurait-il pas le risque d'une vision mythique de la folie? Ne serait-ce, au contraire, la reconnaissance de la nature profondément humaine de la folie? C'est ce que nous chercherons à comprendre en interrogeant l'historiographie généalogique de Foucault comme herméneutique.

Dans l'Histoire de la folie, Foucault disait:" Le fou apparaît maintenant dans une dialectique, toujours recommencée, du *Même* et de *l'Autre*. Alors que, jadis, il se désignait ...dans le partage visible de l'être et du non-être, le voilà désormais porteur d'un langage ...où l'homme apparaît dans la folie comme étant autre que lui-même; mais dans cette altérité, il révèle la vérité qu'il est lui-même dans le mouvement bavard de l'*aliénation*. Le fou n'est plus l'*insensé* dans l'espace partagé de la déraison classique; il est l'*aliéné* dans la forme moderne de la maladie. Dans cette folie, l'homme n'est plus considéré dans une sorte de retrait absolu par rapport à la vérité; il y est sa vérité et le contraire de sa vérité...Le grand partage critique de la déraison est remplacé, maintenant , par la proximité, toujours perdue et toujours retrouvée, de l'homme et de sa vérité.."[210].. "Par là, nous entendons un **fait culturel** propre au monde occidental depuis le XIXè siècle: ce postulat massif défini par l'homme moderne, mais qui le lui rend bien: *l'être humain ne se caractérise pas par un certain rapport à la vérité; mais il détient, comme lui appartenant en propre , à la fois offerte et cachée, une vérité".*[211]

[210]HDF 72T p651
[211]idem p653

La force de la pensée de Foucault, c'est bien son caractère de rupture par rapport à la pensée de l'establishment psychiatrique,comme le dit E.Roudinesco, en ce qu'il a démontré que: " Dès lors ,la folie n'est pas un fait de nature mais de culture, et son histoire est celle des cultures qui la disent telle et qui la persécutent"[212]

l'historiographie généalogique

Foucault, philosophe, ne cherche pas la vérité historique. Il utilise l'anthropologie historique en tant qu'elle lui fournit des images, des scènes, qu'elle lui permet des métaphores. Jouer sur les révolutions épistémologiques, voire scientifiques, opérées dans le temps, permet à Foucault d'introduire des césures, de montrer les ruptures, de jouer sur les oppositions dialectiques. C'est à la recherche de sens que s'évertue Foucault. La référence historique en est un support didactique.

L'hypothèse de l'origine historique du pouvoir disciplinaire ,par exemple, est féconde, non parce qu'elle serait plus "juste" historiquement, mais parce qu'elle met en lumière des problématiques. Foucault parle de "points historiques et **symboliques**"[213]."[Chez] Foucault, sa conception d'une historiographie studieuse et positive se présente comme une antiscience. Cette conception, si on l'aborde d'un point de vue philosophique, offre une solution de remplacement prometteuse à la critique de la raison...L'historiographie généalogique ne peut prendre son rôle-critique vis à vis de la raison- d'une antiscience que si elle sort précisément de l'horizon des sciences de l'homme orientées vers l'histoire dont Foucault voudrait démasquer l'humanisme creux, à l'aide d'une théorie du pouvoir" [214] " Il se dégage de ce livre un intérêt philosophique pour la folie comprise comme phénomène complémentaire de la raison. On y perçoit une raison devenue monologique qui garde ses distances vis-à-vis de la folie afin de pouvoir s'emparer d'elle sans danger comme d'un objet épuré de toute objectivité raisonnable..Foucault explique à titre programmatique qu'il veut.. "[215] M.Foucault, dans la préface de 1961, dit lui-même: " On pourrait faire une **histoire des *limites***-de ces gestes obscurs,

[212]E.Roudinesco "Introduction" in *Penser la folie* .op cit p 18-19
[213]Foucault PP p 43
[214]J.Habermas op cit p79
[215]idem p71

nécessairement oubliés dès qu'accomplis, **par lesquels une culture rejette quelque chose qui sera pour elle l'Extérieur;** et tout au long de son histoire, ce vide creusé, cet espace blanc, par lequel elle s'isole, la désigne tout autant que ses valeurs".[216]

La lecture de l'article de J.Habermas a été pour nous si éclairante que nous préférons le citer, à l'appui de nos citations de Foucault, plutôt que de le plagier: "Dès l'Histoire de la folie, Foucault étudie la relation entre les discours et les pratiques...A la vision interne caractéristique d'une histoire de la théorie qui se règle sur les problèmes, se substitue d'emblée une description structurelle de discours bien choisis, une description qui ouvre sur ces points de rupture que la réflexion procédant de l'histoire intellectuelle a généralement recouverts, une réflexion qui débouche là où un nouveau paradigme commence à se substituer à l'ancien. Foucault a saisi dans le concept de "pratique" la phase d'influence asymétrique, violente, exercée sur la liberté de mouvement d'un autre participant à une interaction(décisions de justice, opérations policières, formes de dressage). Toutefois, un problème demeure à première vue inexpliqué, celui de savoir comment les discours scientifiques et autres se rapportent aux pratiques. Foucault a maintenu jusqu' au bout les coupures qui séparent les époques de l'histoire de la folie."[217] Et c'est ,en effet, ce que dit Foucault, très explicitement, dans la préface de l'édition de "Raison et déraison, histoire de la Folie à l'âge classique " de 1961: " Est constitutif le geste qui partage la folie, et non la science qui s'établit, ce partage, une fois fait, dans le calme revenu. Est **originaire la césure qui établit la distance entre raison et non-raison**[218]; quant à la prise que la raison exerce sur la non-raison pour lui arracher sa vérité de folie, de faute ou de maladie, elle en dérive, et de loin"[219] . "**De langage commun**, il n'y en a pas, ou plutôt, **il n'y en a plus**; la constitution de la folie comme maladie mentale, à la fin du XVIII è siècle, dresse le constat d'un dialogue rompu,.. enfonce dans l'oubli tous ces mots imparfaits... dans lesquels se faisait l'échange de la folie et de la raison. **Le langage de la psychiatrie**, qui **est monologue de la raison sur la folie**, n'a pu s'établir que sur un tel

[216]M.Foucault "Préface..." in *Dits et écrits* op cit p 189
[217]J.Habermas art cit p73 et 74
[218]c'est nous qui soulignons ici les mots qui nous semblent les plus importants à notre propos.
[219]M.Foucault Préface in dits et écrits op cit p187

silence. **Je** n'**ai** pas **voulu faire** l'histoire de ce langage; plutôt **l'archéologie de ce silence**".[220] Chez Foucault, c'est à travers le reflet de la constitution de la raison que l'histoire des sciences étudie la constitution de la folie. L'histoire des sciences devient alors une recherche sur l'histoire de la rationalité. Ce faisant ,et comme le montre J.Habermas, Foucault se situe dans la continuité des travaux de Bataille :"Foucault analyse la formation de la clinique qui fait avant tout de la maladie mentale un phénomène médical, comme un exemple d'exclusion, de proscription et de marginalisation dans les traces desquelles Bataille avait lu l'histoire de la rationalité occidentale". [221]

"Déjà, dans son étude sur la naissance de la clinique, Foucault avait conçu le regard entraîné que l'anatomiste pose sur le cadavre humain comme l'"a-priori concret" des sciences de l'homme....Cette séparation, entre vu et être vu, rattache l'idée de clinique et celle de science de l'homme, l'une à l'autre. C'est l'idée qui, co-originairement avec celle de raison centrée sur le sujet, accède à la domination par laquelle la destruction des relations dialogiques transforme les sujets qui font monologiquement retour sur eux-mêmes, en objets-et seulement en objets-les uns pour les autres". [222]

Foucault reprend le concept d'archéologie à Nietzsche dont il se réclame explicitement, en 1971, dans son article " Nietzsche, la généalogie et l'histoire"[223].Dans cet article Foucault relève différents emplois du mot *Ursprung* (origine), qu'il distingue de *Herkunft* et de *Entstehung* . *Herkunft* , c'est la souche, la *provenance:* "Souvent l'analyse de la *Herkunft* met en jeu la race ou le type social...La provenance permet aussi de retrouver sous l'aspect unique d'un caractère, ou d'un concept, la prolifération des événements à travers lesquels (grâce auxquels, contre lesquels) ils ont été formés ...C'est pourquoi sans doute toute origine de la morale, du moment qu'elle n'est pas vénérable-et la *Herkunft* ne l'est jamais- vaut critique. Dangereux héritage que celui qui nous est transmis par une telle provenance... *Entstehung* désigne plutôt *l'émergence*, le point de surgissement. C'est le principe et la loi singulière d'une apparition...L'émergence se produit toujours dans un certain état des forces. L'analyse de l' *Entstehung* doit en montrer le jeu, la manière

[220]idem p188
[221]J.Habermas art cit p71
[222]idem p76
[223]Paru dans M.Foucault ,*Hommage à Jean Hyppolite* PUF 1971, et reproduit in *Dits et Ecrits*, op cit p 1004-24

dont elles luttent les unes contre les autres, ou le combat qu'elles mènent en face des circonstances adverses, ou encore la tentative qu'elles font-se divisant contre elles-mêmes- pour échapper à la dégénérescence et reprendre vigueur à partir de leur propre affaiblissement...L'émergence, c'est donc l'entrée en scène des forces; c'est leur irruption, le bond par lequel elles sautent de la coulisse sur le théâtre, chacune avec la vigueur, la juvénilité qui est la sienne".[224] Cette longue citation nous permet de comprendre pourquoi, comment et en quoi, l'historiographie de M.Foucault est faite de ruptures et non de continuité. Cette conception s'accompagne, chez Foucault de la notion de dissolution du sujet, pour donner le prima aux déterminants culturels: "Ces deux orientations [Blanchot/ Bataille, d'une part, Dumézil/ Lévi-Strauss, d'autre part] ont, à vrai dire, également concouru à ce que je sois amené à penser la dissolution du sujet".[225]

C'est à la lumière de cet héritage (dont nous ne chercherons pas à voir s'il est fidèle ou non: il est clairement revendiqué), que l'on comprend l'intention de M.Foucault quand il écrit l'Histoire de la Folie, en 1961:"Faire l'histoire de la folie voudra donc dire: faire une étude structurale de l'ensemble historique-notions, institutions, mesures juridiques et policières, concepts scientifiques-qui tient captive **une folie dont l'état sauvage ne peut jamais être restitué en lui-même;** mais à défaut de cette **inaccessible pureté primitive**, l'étude structurale doit remonter vers la décision qui lie et sépare à la fois raison et folie; elle doit tendre à découvrir l'échange perpétuel, l'obscure racine commune, l'affrontement originaire qui donne sens à l'unité aussi bien qu'à l'opposition du sens et de l'insensé. Aussi pourra réapparaître **la décision fulgurante**[226], hétérogène au temps de l'histoire, mais insaisissable en dehors de lui, qui sépare du langage de la raison et des promesses du temps ce murmure d'insectes sombres."[227]

" C'est cette structure [qui s'est formée entre le "grand renfermement" et la libération des enchaînés de Bicêtre] qui rend compte du passage de l'expérience médiévale et humaniste de la folie à cette expérience qui est la nôtre, et qui confine la folie dans la maladie mentale. Au Moyen-âge ,et

[224]ibid p 101008à1012

[225]M.Foucault "*verità e potere*"Entretien avec A.Fontana et P.Pasquino en préface à *Microphysica del potere* Turin,Einaudi 1974.Cité par Habermas op cit p70

[226]c'est nous qui soulignons ici les mots qui nous semblent les plus important à notre propos

[227]M.Foucault "Préface..." in *Dits et écrits* op cit p192

jusqu'à la Renaissance, le débat de l'homme avec la démence était un débat dramatique qui s'affrontait aux puissances sourdes du monde; et l'expérience de la folie s'obnubilait alors dans des images où il était question de la Chute et de l'Accomplissement, de la Bête, de la Métamorphose, et de tous les secrets merveilleux du Savoir. A notre époque, l'expérience de la folie se fait dans le calme d'un savoir qui, de la trop connaître, l'oublie"[228].

"Depuis la fin du XVIII è siècle, la vie de la déraison ne **se manifeste** plus que dans **la fulguration d'œuvres** comme celle de Hölderlin, de Nerval, de Nietzsche ou d'Artaud"[229].

Notre propos est moins de montrer qu'ici M.Foucault exprime une vision quelque peu idéalisée de la folie, que de relever que ce ne sont pas les personnes, que ce n'est pas le vécu social des personnes qui intéresse M.Foucault, mais la folie définie comme "quelque chose en soi", la folie comme définie comme "l'envers de la raison" :"La perception que l'homme occidental a de son temps et de son espace fait apparaître une structure de refus...Cette structure est constitutive de ce qui est sens et non-sens..;elle seule peut rendre compte du fait qu'il ne peut y avoir dans notre culture de raison sans folie...*La nécessité de la folie,* tout au long de l'histoire de l'Occident, est liée à ce geste de décision qui détache du bruit de fond et de sa monotonie continue un langage significatif qui se transmet et s'achève dans le temps".[230] Comme le montre R.Castel dans son article sur" les aventures de la pratique", "il y a eu une deuxième lecture de l'Histoire de Folie"[231] "Autour et après les "évènements de mai", [dans]la conjonction d'une nouvelle forme d'activisme politique (l'émergence des luttes sectorielles) et d'une nouvelle forme de sensibilité sociale (la généralisation d'une attitude antirépressive exacerbée), la folie est apparue comme la métaphore du désir traqué...L'histoire de la folie donnait les clefs pour comprendre les formes diversifiées d'imposition d'une contrainte...Enfermement exemplaire parce qu'il rend manifeste la brutalité d'une coercition ailleurs partout présente".[232]

Sans doute M.Foucault a-t-il contribué à cette "deuxième lecture" de l'Histoire de la Folie, comme peuvent permettre de le penser tant

[228]idem p193
[229]HDF 72T p 631-2
[230]M.Foucault Préface in dits et écrits op cit p191
[231]R.Castel ."Les aventures de la pratique" .in *Débat* op cit p44
[232]*ibid* p45

l'idéalisation de la folie que l'on peut y lire, que la disparition de la préface de 1961 dans les éditions ultérieures, ou son activisme dans le Groupe d'Intervention des Prisons , ou encore sa différenciation du pouvoir souverain et du pouvoir disciplinaire"[233] . Mais c'est à tort que l'on pourrait chercher à lire dans l'Histoire de la Folie, l'histoire de la manière dont sont traitées les personnes jugées folles à travers les âges, et c'est pour cela que tout effort de critique historique de ce livre est voué à l'échec. Pour Foucault, ce ne sont pas les "fous" qu'on enferme à l'âge classique, mais la déraison:" Ce que le classicisme avait enfermé, ce n'était pas seulement une déraison abstraite où se confondaient fous et libertins, malades et criminels, mais aussi une prodigieuse réserve de fantastique, un monde endormi de monstres qu'on croyait engloutis dans cette nuit de Jérôme Bosch qui les avait une fois proférés"[234] .Ce ne sont pas aux personnes folles que l' on interdit la prise de parole, c'est à la folie."Au milieu du monde serein de la maladie mentale, l'homme moderne ne communique plus avec le fou: il y a, d'une part, l'homme de raison qui délègue vers la folie le médecin, n'autorisant ainsi de rapport qu'à travers l'universalité de la maladie; il y a, d'autre part, l'homme de folie qui ne communique avec l'autre que par l'intermédiaire d'une raison tout aussi abstraite qui est ordre, contrainte physique et morale, pression anonyme du groupe, exigence de conformité"[235].

Si M.Foucault avait voulu écrire un livre sur l'histoire de la discrimination, la ségrégation et la disqualification sociale dont ont été et sont l'objet des personnes folles, sans doute aurait-il écrit un tout autre livre. Sans tomber dans le travers d'une histoire de la psychiatrie basée sur une conception de l'histoire basée sur l'*Herkunft,* il aurait cherché les coupures épistémiques dans l'histoire sociale et non dans la littérature. C'est ce à quoi nous invite le livre d'E.Pewzner: "Le fou, l'aliéné, le patient".[236] Mais, faut-il rappeler que ce livre de 1995 fait aux travaux de M.Foucault une place importante? On peut à juste titre se poser la question de savoir si ce livre aurait pu être même imaginé sans le travail précurseur de M.Foucault.

[233]voir supra
[234]M.Foucault HDF 1972 (ed classique) p380
[235]M.Foucault "Préface..." in *Dits et écrits* op cit p188
[236]E.Pewzner *Le fou, l'aliéné ,le patient* Dunod. Paris 1995t

Il serait d'ailleurs erroné de dire que seule une définition négative de la folie (comme contraire à la raison, comme dé-raison) préside l'œuvre de M.Foucault. Celui-ci donne une définition intéressante de la folie comme *l'absence d'œuvre*. " Qu'est-ce donc que la folie, dans sa forme la plus générale, mais la plus concrète, pour qui récuse d'entrée de jeu toutes les prises sur elle du savoir? Rien d'autre, sans doute, que *l'absence d'œuvre*...Le grand œuvre de l'histoire du monde est ineffaçablement accompagné d'une absence d'œuvre, qui se renouvelle à chaque instant, mais qui court inaltérée en son inévitable vide tout au long de l'histoire...murmure obstiné d'un langage qui parlerait *tout seul*- sans sujet parlant et sans interlocuteur, tassé sur lui-même, noué à la gorge, s'effondrant avant d'avoir atteint toute formulation et retournant sans éclat au silence dont il ne s'est jamais défait"[237] .Certes, il est possible, là encore, d'y voir une définition négative, puisque Foucault l'y oppose au grand œuvre qu'est l'histoire (positive) du monde. Mais nous nous sommes interrogés sur la question de savoir si cette référence à l'absence d'œuvre ne renvoyait pas , en même temps-et peut-être involontairement, inconsciemment- à quelque chose d'important dans le vécu des personnes en très grande souffrance psychique. Nous avons rapproché cette phrase de ce que dit A. Artaud à son éditeur, d'autant que celui-ci est souvent invoqué par M.Foucault :" Ma pensée m'abandonne à tous les degrés. Mots, formes de phrases, directions intérieures de la pensée, réactions simples de l'esprit, je suis à la poursuite constante de mon être intellectuel. Lors donc que *je ne peux saisir une forme*...ces expressions mal venues que vous me reprochez...elles proviennent de l'incertitude profonde de ma pensée. **Bien heureux quand cette incertitude n'est pas remplacée par l'inexistence absolue dont je souffre quelquefois."**[238] Cette phrase nous met en face de la douloureuse perte du sentiment d'exister. Foucault, était-il seulement séduit par la "fulguration des œuvres " de la folie?

[237]M.Foucault" Préface" in *Dits et écrits* op cit p191

[238]A.Artaud. "Lettre à J.Rivière du 5.06.1923" in *l'ombilic des limbes* Gallimard. Paris 1968 p20.C'est nous qui soulignons

La raison

Si la critique de l'historien ressemble à un dialogue de sourd[239], parce que Foucault et lui ne parlent pas des mêmes choses, la critique de J.Derrida dans son article "Cogito et Histoire de la folie"[240]nous semble particulièrement pertinente[241].Elle nous a intéressé, car elle répond à Foucault au niveau où il se situe, c'est-à-dire de l'Histoire de la folie, et non l'histoire des "fous", folie définie comme déraison. Derrida centre sa recherche sur les premières pages du chapitre 2 de la première partie, intitulé "Le grand renfermement". Nous avons vu que pour Foucault cette "structure" était déterminante[242].

Derrida pose un certain nombre de questions: "Premièrement l'interprétation de l'intention cartésienne proposée par Foucault se justifie-t-elle? :a) a-t-on bien entendu ce que Descartes a dit et voulu dire? b) a-t-elle la signification historique qu'on veut lui assigner?[243]"Est-ce qu'...il ne sera pas possible d'interroger certaines présuppositions philosophiques et méthodologiques de cette histoire de la folie. Foucault citant Pascal que l'on ne peut parler de la folie que par cet "autre tour de folie"?[244] ...il sera peut-être possible de répéter un sens des cogito (dont le cogito est une des formes, ni la première, ni la dernière) et d'éprouver qu'il s'agit là d'une expérience... qui n'est pas moins aventureuse, mais moins adverse et accusative ... que Foucault ne semble le penser".[245]"**En écrivant une histoire de la folie, Foucault a voulu écrire une histoire de la folie elle-même. Foucault a voulu que la folie fut le sujet de son livre; sujet dans tous les sens de ce mot: le thème de son livre et le sujet parlant, l'auteur de son livre, la folie parlant de soi."** [246]

Derrida fait référence au début de la préface de 1961, qui est très important en ce qu'il signifie pour nous, qui avons pris pour titre général de notre recherche:" Je suis fou, et vous?". Les citations faites par Foucault ont pu servir d'exergues à l'argumentaire d'une campagne de lutte contre les

[239]C.Quétel : *Histoire de la folie* .Taillandier Paris 2009

[240]Derrida J .*Cogito et Histoire de la folie* Conférence au collège philosophique du 4 mars 1963 publié dans la Revue de Métaphysique et de la morale et reproduite dans J.Derrida. *L'écriture et la différence*. Le seuil 1967.Points-essais p51-97

[241]Curieusement M.Foucault le récuse dans sa réponse de 1972,parce qu'il est philosophe! cf M.Foucault "Réponse à Derrida". *Dits et écrits* op cit p1149 et suiv

[242]supra p 66.Citation Foucault note 223

[243]J.Derrida *Cogito et Histoire de la folie,* in *L'écriture et la différence* op cit p 53-54

[244]Il s'agit d'une des citations qui ouvrent la préface de 1961, également largement citée et commentée par Didier Eribon in Didier Eribon *Michel Foucault* Flammarion 1989 p116

[245]J.Derrida *Cogito et Histoire de la folie*,op cit p55

[246]*ibid* p56.C'est nous qui soulignons ce passage qui confirme notre propos introductif.

discriminations. C'est dire combien nous considérons les premières lignes de cette préface comme emblématiques d'une démarche qui revendique la folie comme "la chose la mieux partagé au monde". Au demeurant, ce texte éclaire particulièrement l'intention de Foucault, même s'il l'a supprimé en 1972 Voici de quoi il s'agit: "Pascal: "Les hommes sont si nécessairement fous que ce serait être fou par un autre tour de folie de n'être pas fou". Et cet autre texte de Dostoïevski, dans le journal d'un écrivain: "Ce n'est pas en enfermant son voisin qu'on se convainc de son propre bon sens" Il faut faire l'histoire de cet autre tour de folie-de cet autre tour par lequel les hommes, dans le geste de raison souveraine qui enferme leur voisin, communiquent et se reconnaissent à travers le langage sans merci de la non-folie; retrouver le moment de cette conjuration, avant qu'elle n'ait été ranimée par le lyrisme de la protestation. Tâcher de rejoindre, dans l'histoire, ce degré zéro de l'histoire de la folie, où elle est expérience indifférenciée, expérience non encore partagée du partage lui-même. Décrire, dès l'origine de sa courbure, cet "autre tour" qui, de part et d'autre de son geste, laisse retomber, choses désormais extérieures, sourdes à tout échange, et comme mortes l'une à l'autre, la Raison et la Folie."[247]

Derrida va montrer que le défi de Foucault est un challenge impossible, car celui-ci doit bien utiliser le langage rationnel. Nous ne reprendrons pas ici toute la démonstration de Derrida, où celui-ci s'appuie sur des citations de la préface de 1961 [248]que nous avons nous même déjà utilisé en référence dans le passage précédent (ce qui, d'ailleurs, confirme l'analyse que nous y faisions.) Derrida en arrive alors à poser la question:"L'archéologie n'est-elle pas une logique, c'est-à-dire un langage organisé, une œuvre? Est-ce que l'archéologie du silence ne serait pas la répétition de l'acte perpétré contre la folie?"[249]. En démontrant l'impossibilité logique de "dire la folie", Derrida va montrer, qu'en fait, Foucault formule un "autre projet"."Quelle est la responsabilité historique de cette logique de l'archéologie? Il ne suffit pas de se priver du matériel conceptuel de la psychiatrie pour disculper son propre langage. Le langage de tout ce qui a participé à l'aventure de la raison occidentale est l'immense délégation de l'objectivation de la folie. L'ordre est si puissant par

[247] M.Foucault "Préface..." op cit p187
[248]M.Foucault "Préface..." op cit p188 et 191
[249]J.Derrida *Cogito et Histoire de la folie*, op cit p 57

son caractère surdéterminant. L'ordre est dénoncé dans l'ordre. La révolution contre la raison ne peut se faire qu'en elle, on ne peut protester contre elle qu'en elle". "Se dégager *totalement* de la *totalité* du langage historique qui aurait opéré l'exil de la folie ne peut être tenté que de deux façons: ou bien se taire d'un certain silence, ou bien suivre le fou dans son chemin de l'exil. Le malheur des fous, c'est que leurs meilleurs porte-parole sont ceux qui les trahissent le mieux; **c'est que, quand on veut dire leur silence lui-même, on est déjà passé à l'ennemi et du côté de l'ordre**"[250]. " Qui perçoit, qui énonce la difficulté? On ne peut le faire ni dans l'inaccessible silence de la folie, ni dans le langage du geôlier, c'est-à-dire de la raison classique, mais pour quelqu'un qui a un sens et à qui apparaît le dialogue ou la guerre ou le malentendu ...opposant raison et folie à l'âge classique. Qui énonce le non-recours?"[251]

Foucault a bien vu le problème: "Là, dans ce simple problème d'élocution, dit encore Foucault, se cachait et s'exprimait la majeure partie de l'entreprise". Mais dire la difficulté de dire, ce n'est pas encore la surmonter".[252] Derrida reconnait qu'en osant s'y affronter, Foucault nous a permis d'envisager les choses sous un jour nouveau: "Comme Foucault éprouve la nécessité de parler, la prétention à l'archéologie du silence est contrebalancée par la formulation d'un autre projet "..." Ce n'est pas un hasard si c'est aujourd'hui qu'un tel projet a pu être formé. Il faut bien supposer, sans oublier, bien au contraire, l'audace du geste de pensée dans l'Histoire de la folie, qu'une certaine libération de la folie a commencé ,que la psychiatrie s'est, si peu que ce soit, ouverte, que le concept de folie comme déraison, s'il n'a jamais eu une unité, s'est disloqué"[253].

Ce préalable peut paraître long, il n'en est pas moins indispensable pour nous introduire au "projet différent". Si ce n'est pas de parler la folie, de permettre à la folie d'être sujet du livre, quel va être le projet de Foucault? Celui de poser comme acte originaire de la raison et de la folie le Cogito cartésien du Discours de la Méthode et surtout (parce que Foucault va s'appuyer sur la

[250]idem p58et 59.C'est nous qui soulignons pour relever l'aporie
[251]idem p61
[252]idem p60
[253]*ibid* p59et 61

citation) de la première Méditation Philosophique de Descartes. Derrida va s'attacher d'abord à montrer que celui-ci n'est en rien fondateur de la raison.

"Derrière l'aveu de difficulté, il faut faire apparaître un projet *différent*, un projet qui contredit peut-être celui de l'archéologie du silence: l'acte de décision qui lie et sépare du même coup raison et folie, l'acte originaire d'un ordre, un décret, comme une déchirure, une césure, une séparation, une discession. Je dirais plutôt une dissension pour bien marquer qu'il s'agit d'une division de soi, d'un partage et d'un partage du sens en général...Raison et folie à l'âge classique ont une racine commune. Mais cette racine commune, ... est un logos beaucoup plus vieux que la période médiévale."[254] Le risque épistémologique est d'importance, alors, comme le relève Derrida :"**A vouloir écrire l'histoire de la décision, du partage, de la différence, on court le risque de constituer la division en évènement ou en structure survenant à l'unité d'une présence originaire; et de confirmer ainsi la métaphysique dans son opération fondamentale".**[255]

Derrida va contester le choix du geste de Descartes par Foucault et comme évènement fondateur de la raison, et sur le sens de partage que Foucault lui donne : "Il aurait peut-être fallu commencer par réfléchir ce logos originaire en lequel s'est jouée la violence de l'âge classique."[256]

C'est dans la cité grecque qu'il faut voir la naissance de la raison."Foucault dit: "Les grecs avaient rapport à quelque chose qu'ils appelaient *ubris* .Ce rapport n'était pas seulement de condamnation...même si leur discours nous est transmis dans la dialectique rassurante de Socrate. Mais le logos grec n'avait pas de contraire"... Si la dialectique socratique est rassurante c'est qu'elle s'est elle-même rassurée en une *sophrosunè*, en une sagesse , un bon sens et une prudence raisonnable...le moment socratique et la victoire sur l'*ubris* callicléenne marquent déjà une déportation et un exil du logos hors de lui-même, et la blessure en lui d'une décision, d'une différence...La libre circulation des fous, outre qu'elle n'est pas si libre que cela, ne serait qu'un épiphénomène socio-économique à la surface d'une raison déjà divisée contre elle depuis l'aube de son origine grecque...il faut supposer *en général* que la

[254] *ibid* p62
[255] *ibid* p65. C'est nous qui soulignons.
[256] *ibid* p 63

raison peut avoir un contraire, un autre de la raison, et que l'opposition de la raison et de son autre soit de *symétrie"* .[257]

Nous partageons avec Derrida cette idée que la raison est née avec la Cité en Grèce. Les travaux de JP Vernant nous en fournissent l'argumentation: "Ce n'est certainement pas le fait du hasard si la raison surgit en Grèce comme une conséquence de cette forme si originale d'institutions politiques qu'on appelle la Cité. Avec la Cité, le groupe humain considère que ses affaires communes ne peuvent être réglées qu'au terme d'un débat public et contradictoire".[258]"La maîtrise de soi dont est faite la *sôphrosunè* paraît impliquer une certaine tension dans l'homme entre deux éléments opposés: ce qui est de l'ordre du *thumos*, l'affectivité, les passions et ce qui est de l'ordre d'une prudence réfléchie, d'un calcul raisonné...La guérison de la folie, comme aussi sa prévention, met en œuvre les moyens qui permettent de persuader le *thumos*...Ces techniques forme une *paideia* qui réalise en eux [les individus] la santé, l'équilibre; mais du même coup elle acquiert une vertu sociale, une fonction politique...la *sôphrosunè* réalise une cité harmonieuse. Pour comprendre quelles réalités sociales recouvrent l'idéal de la sôphrosunè , il faut se référer à des réformes constitutionnelles comme celles de Solon..[qui a]promulgué ,pour la Cité ,des règles codifiant les rapports entre individus suivant les mêmes principes positifs d'avantage réciproque qui président à l'établissement d'un contrat[259].L'organisation de l'espace urbain n'est qu'un aspect d'un effort plus général pour ordonner et rationaliser le monde humain Le lien entre l'espace de la cité et ses institutions apparaît encore très clairement chez Platon et Aristote. Le nouvel espace social est centré...c'est le centre qui est maintenant valorisé parce qu'étant à égale distance des extrêmes ils constituent un point fixe pour équilibrer la cité"[260].Ces citations de JP Vernant ne montrent pas seulement que la raison et la rationalité se sont élaborées dans la Cité grecque. Elles montrent **comment** elle s'est élaborée à partir de la pratique sociale .On est dans une démarche qui ne risque pas de "renouveler la métaphysique". Bien évidemment, la raison et la rationalité cartésienne ne reposeront pas sur la

[257] *ibid* p 64-65.
[258] J.P.Vernant: "Raison d'hier et d'aujourd'hui" in *Religions,histoires*, raisons 10/18 Maspero paris 1979p100
[259] JPVernant: *Les origines de la pensée grecque* PUF Paris 1962 p86à92
[260] idem p125

même réalité sociale , notamment au niveau de la représentation de l'espace. Descartes, après Copernic et Galilée, vit dans un monde où la conception de l'univers infini a remplacé celle d'un monde clos.[261] Comme le fait remarquer Derrida:"[Pour Foucault,]la **crise classique** se développerait à partir et dans la tradition élémentaire d'un logos qui n'a pas de contraire..Pour faire apparaître sa singularité, qui est profonde, il aurait fallu souligner non pas ce en quoi elle est structure d'exclusion mais ce en quoi et surtout pourquoi sa structure d'exclusion propre et modifiée se distingue historiquement des autres, de toute autre."[262] Ceci, qui tient, comme nous l'avons vu, à la mise en position de la structure "Grand enfermement+ libération des aliénés" comme l'évènement originaire, n'est pas sans conséquence épistémologique. On peut se poser la question, avec Jacques Derrida: "Foucault décrit le processus classique, sans qu'on sache si un évènement comme la création d'une maison d'internement est un signe parmi d'autres, un symptôme fondamental ou une cause.... ce "coup de force" décrit dans la dimension du savoir théorétique et de la métaphysique, est-ce un symptôme, une cause, un langage[263]?

Ce flou ne permet-il pas à Foucault un autre flou, celui d'éviter une définition de la folie. "Le concept de folie n'est-il pas un faux concept ?.Foucault se sert d'une notion courante, équivoque, empruntée à un fonds incontrôlable .Tout se passe comme si Foucault savait ce que folie veut dire...(on pourrait poser des questions de même type à propos de la notion de vérité qui court à travers tout le livre)".[264]"L'expression: "dire la folie elle-même" est contradictoire en soi. Dire la folie sans l'expulser dans l'objectivité, c'est la laisser se dire elle-même. Or, c'est l'absence d'œuvre".[265]

Derrida va alors utiliser son analyse de la première Méditation de Descartes, contre la lecture qu'en fait Foucault, pour montrer que la pensée folle est une pensée et que **"l'acte du Cogito vaut même si ma pensée est folle de part en part".** "Menaçant le tout de la connaissance, l'extravagance- l'hypothèse de l'extravagance- n'en est pas une modification interne..On ne peut plus dire, à la lettre, que le Cogito échappe à la folie parce qu'il se tiendrait hors de sa

[261]A.Koyré.: *Du monde clos à l'univers infini* Gallimard Tel Paris 1973. Afin de suivre le fil du texte de Derrida, et pour ne pas alourdir notre propos, nous évitons volontairement un détour critique de la lecture foucaldienne de l'éloge de la folie d'Erasme ,au titre , à l'évidence, ironique.
[262]J.Derrida *Cogito et Histoire de la folie*, op cit p 67
[263]idem p 69
[264]idem p66
[265]idem p68

prise, ou parce que, comme dit Foucault "moi qui pense, je ne peux pas être fou", mais bien parce que dans son instant, dans son instance propre, l'acte du Cogito vaut même si ma pensée est folle de part en part. Il y a une valeur et un sens du Cogito comme de l'existence qui échappent à l'alternative d'une folie et d'une raison déterminées ....Descartes ne renferme jamais la folie.ni à l'étape du doute naturel, ni à l'étape du doute métaphysique. *Il fait seulement semblant de l'exclure dans la première phase de la première étape, dans le moment non-hyperbolique du doute naturel* ..Que je sois fou ou non, *Cogito, sum*. **A tous les sens de ce mot, la folie n'est qu'un cas de pensée (*dans* la pensée)**[266].Suivons son raisonnement à partir de quelques citations:"[Pour Foucault], le coup de force serait opéré par Descartes dans la première des Méditations et consisterait très sommairement en une expulsion sommaire de la possibilité de la folie hors de la pensée elle-même...Selon lui, [Foucault], Descartes rencontrant la folie *à côté* (l'expression *à côté* est de Foucault) du rêve et de toutes les formes d'erreur sensibles, il ne leur appliquerait pas le même traitement[267]."Foucault écrit: " Dans l'économie du doute, il y a un déséquilibre entre folie, d'une part, rêve et erreur de l'autre. Leur situation est différente par rapport à la vérité et à celui qui la cherche; songes ou illusions sont surmontés dans la structure de la vérité; mais la folie est exclue par le sujet qui doute". Il semble bien, en effet, que Descartes ne creuse pas l'expérience de la folie jusqu'à la rencontre d'un noyau irréductible mais intérieur à la folie elle-même. Il ne s'intéresse pas à la folie, il n'en accueille pas l'hypothèse, il ne la considère pas.il l'exclut par décret...Foucault est le premier à avoir isolé, dans cette méditation, le délire et la folie de la sensibilité et des songes"[268]. Or, "Le rêveur est plus fou que le fou. Ou du moins, le rêveur, au regard du problème de la connaissance qui intéresse ici Descartes, est plus loin de la perception vraie que le fou"[269]"L'acte du Cogito, dans le moment hyperbolique où il se mesure à la folie, ou plutôt se laisse mesurer par elle, cet acte doit être répété et distingué du langage ou du système déductif dans lequel Descartes doit l'inscrire dès qu'il le propose à l'intelligibilité et à la communication, c'est -à-dire dès qu'il le réfléchit pour

[266]idem p86
[267]idem p 71 et 72
[268]idem p 74
[269]idem p79

l'autre, ce qu'il signifie pour soi**. C'est dans le rapport à l'autre comme autre soi que le sens se rassure contre la folie et le non-sens**...La philosophie, c'est peut-être cette assurance prise au plus proche de la folie contre l'angoisse d'être fou. On pourrait appeler *pathétique* ce moment silencieux et spécifique [270]. Et J.Derrida de conclure en mettant en relation la folie, la raison et la mort :"Le rapport entre la raison, la folie et la mort, est une économie, une structure de la différance[271] dont il faut respecter l'irréductible originalité"[272].

Il convient maintenant, pour nous, de tirer les enseignements de ce travail d'analyse de la pensée de Michel Foucault sur la folie. Nous voudrions d'abord témoigner de notre dette à son égard. Il y a maintenant un demi-siècle qu'il a attiré l'attention sur le fait que la folie était bâillonnée. Ce travail a marqué un tournant dans la manière de considérer les "fous" et la question de la parole des "fous". Ainsi Foucault a-t-il contribué à l'avènement de ce nouveau paradigme de la manière de considérer les fous, non plus dans la prise en charge, mais dans la prise en compte, dans la dignité retrouvée, et que nous nommons l'empowerment. Nous avons, par nos citations et notre exégèse essayé d'être fidèles à la pensée de Michel Foucault. En même temps, nous nous sommes efforcés de montrer que ce n'est pas la privation de la parole des personnes en souffrance psychique , de la manière dont ils seraient bâillonnés dont parle Foucault, mais bien , comme on l'a vu, de la privation de la parole de la folie, définie comme dé-raison. Comme nous l'avons manifesté à différentes reprises, et notamment avec l'aide du commentaire de Derrida, nous sommes extrêmement perplexes sur ce que voudrait dire un silence ou une parole de la folie en soi. Parler d'une folie qui existerait "en elle-même", c'est se situer dans une dimension métaphysique qui n'est pas dans notre propos, ici. Nous reprendrons la distinction kantienne classique entre noumène et phénomène . Pour nous, ce qu'on peut appeler folie, c'est une expérience vécue. On ne saurait dès lors considérer que la folie soit

[270] idem p92

[271] Grand Robert de la langue française:" J.Derrida écrit et propose d'écrire différance pour désigner le dynamisme, l'action séparatrice qui crée l'écart, la "différence" produite. Suit une citation de J.Derrida De la grammatologie p38: "Etant et être, ontique et ontologique...seraient, en un style original, dérivés au regard de la différence; et par rapport à ce que nous appellerons...la différance, concept économique désignant la production du différer, au double sens de ce mot .

[272] J.Derrida *Cogito et Histoire de la folie*, op cit96

"Noumène: Réalité intelligible, objet de la raison opposée à la réalité sensible; et par la suite réalité absolue, chose en soi" , mais bien "Phénomène: "objet d'expérience possible", c'est-à-dire tout ce qui apparaît dans le temps ou dans l'espace, et qui manifeste les rapports déterminés par les catégories".[273]

Par contre, cette hypothèse du silence, nous pouvons l'utiliser, la reprendre en compte, en renversant les termes. Il convient alors de mettre en avant la contrainte au silence des personnes en souffrance psychique, contrainte exercée par la méconnaissance de ce qu'elles peuvent dire et de cette souffrance, et de leur situation sociale d'êtres en souffrance. Mais, alors, ne sommes-nous pas en présence de la contradiction insurmontable relevée par Derrida? Si la folie se définit comme absence d'œuvre, comme recueillir la parole des personnes folles? Cela ressemble à une gageure. Il y a deux manières de dépasser la contradiction, deux manières qui se complètent.

La première est de mettre l'accent sur l'adjectif. Dire de quelqu'un qu'il est fou, ce n'est pas la même chose que de dire qu'il est "un-fou". L'adjectif est qualificatif **et** attributif, à la différence du substantif, qui, comme son nom l'indique, va désigner la substance même de la personne ainsi désignée . Lorsque nous disons d'une personne qu'elle est folle, nous qualifions son comportement (ou ses paroles, c'est ici la même chose), à un moment donné. Ce n'est pas l'essence de la personne que nous cherchons à définir. Par ailleurs, ce qualificatif n'est pas exclusif. La personne qualifiée de folle peut être folle et aussi autre chose. Comme, par exemple, non-folle autrement dit raisonnable. Disant cela, nous ne réfutons en aucune manière le principe de non-contradiction. Nous évoquons le fait que cette personne peut être tenue pour folle dans telle circonstance particulière, et non-folle dans telle autre. Nous évoquons le fait que cette personne peut être qualifiée de folle à un moment donné et non-folle à un autre. Comme nous l'avons dit déjà: "Personne n'est fou 24h/24".[274] Cette problématique a été magistralement démontrée par G. Swain qui oppose sur cette question la philosophie de Hegel à celle de Kant[275] . Nous ne reprendrons pas ici sa démonstration.

Mais cette position pose deux questions:

---

[273] Citations de : A. Lalande. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* PUF. Paris 1962 p692 et766

[274] Notamment dans notre thèse de doctorat de psychologie et notre mémoire de M1

[275] G.Swain: "De Hegel à Kant: deux époques de la folie" in *Dialogue avec l'insensé* Gallimard Paris 1994

Tout d'abord, peut-on considérer que la parole de la personne est la parole d'une personne folle lorsque celle-ci tient des propos sensés, quand bien même elle aurait été folle? Lui dénier cette reconnaissance serait de considérer qu'il s'agirait alors d'une **autre** personne, et faire peu de cas de son expérience. En outre, ce serait faire peu de cas de la valeur assignatrice de la reconnaissance antérieure du comportement fou, de sa désignation comme tel et sa fonction de stigmate[276] .

Ensuite peut-on considérer la parole de la personne folle quand elle est folle? (ici, nous pouvons même considérer que l'adjectif se rapporte tant à la parole qu'à la personne). Comment serait-ce possible, alors même que cette parole ne "signifie rien", en tout cas, rien que je puisse comprendre? Cette parole, certes utilise des mots, mais, en même temps, elle est sortie du langage, en tant que le langage est le véhicule de l'échange symbolique entre les humains. Pour dépasser cette contradiction, nous devons prendre le mot considérer dans son sens premier: celui de prendre en considération. Il s'agit de recevoir, au sens fondamental, non celui du sens mais de la sensibilité. Cette parole folle, que je ne comprend pas, au sens de "comprendere"(saisir avec, posséder) je peux la comprendre au sens de "inter-legere"(cueillir entre). Je la reçois parce qu'elle me touche. Elle me touche, parce que cette parole folle exprime quelque chose de l'être qui est en face de moi. Pour reprendre une distinction chère à H. Maldiney, nous sommes ici alors dans le champ du transpassible, et non du transpossible.[277]

Nous devons, en conclusion, rendre hommage à l'apport de Michel Foucault, qui est pour nous une référence incontournable. Nous avons repris à notre compte l'idée que l'on a réduit au silence une parole folle, au bénéfice de la revendication de la prise de parole des personnes que l'on dit folles. Ce faisant, nous avons pris la formule de Foucault pour la renverser. il ne s'agit plus du silence imposé à la folie, mais "aux-fous".

[276] M.Dutoit. *Etre vu, se voir, se donner à voir*. L'Harmattan Paris 2011 et E.Goffman *Stigmate* Minuit Paris 1975
[277] H.Maldiney. "De la transpassibilité" in *Penser l'homme et la folie* Millon Grenoble 2007

Gilles Deleuze et Félix Guattari

Notre recherche générale porte en titre, rappelons le: "Je suis fou, et vous?" . Titre volontairement provocateur accompagné, pour cette raison, de deux sous-titres qui explicitent le propos:1."Aussi vrai que la folie existe, "le-fou" n'existe pas" et 2." Le jour où des personnes peu habituées à parler seront entendues par des personnes peu habituées à écouter, de grandes choses pourront arriver". Le but de cette recherche est de donner des outils théoriques à la parole des personnes reconnues dans leur souffrance psychique, ceux qu'un usage récent tend à nommer "les usagers en santé mentale", ou les" personnes ayant des problèmes de santé mentale", usage qui permet d'éviter la catégorisation comme "malades mentaux", et de situer ainsi la question abordée comme un problème de société et non comme une caractéristique "pathologique" d'individualités, caractéristique qui pourrait être assimilée à une stigmatisation, voire à une tare, dans un contexte de peur de l'autre et de mise en exergue de la dangerosité. Au cœur de ce changement de paradigme se trouve la question de ce que les anglo-saxons appellent l'empowerment, et que les québécois ont judicieusement traduit par appropriation du pouvoir.

Au sein de cette recherche, les travaux de Gilles Deleuze et Félix Guattari occupent une place particulière, tant par leur spécificité que par leur originalité. L'étude de ces travaux nous ont d'autant plus interpellé que notre cheminement nous a personnellement conduit d'une pratique et d'une réflexion de thérapeutique institutionnelle à une pratique et réflexion de compagnonnage de route du mouvement des usagers en santé mentale dans la spécificité de son discours, dans le prolongement tant de la reconnaissance de la spécificité de cette parole que de la prise de conscience de la pérennisation des rapports de pouvoir dans et par l'institution soignante. Notons cependant que, dès le départ, notre démarche a aussi été marquée par un engagement éthique basé sur la question de la prise de parole de l'usager [278], (et qui a aussi marqué notre pratique institutionnelle). En 1975, nous avons créé une institution alternative à l'hospitalisation psychiatrique, aujourd'hui connu sous le nom du Foyer Léone Richet, à Caen, et en 1985, nous avons soutenu

[278]En témoigne le livre publié sous le pseudonyme de Jacques Fresco: *Les bagnes d'enfants, Dieu merci ,ça n'existe plus*. Maspero ,Paris 1974

une thèse de Doctorat de Psychologie sous le titre: *L'Institution, outil d'action thérapeutique (un modèle de traitement de la psychose par l'Institution, le Foyer de Cluny de Bellengreville)*[279] [280]Si nous l'évoquons ici et maintenant, c'est en raison de la résonnance particulière avec le propos qui va suivre, et ceci à deux titres: C'est d'abord et surtout en raison du parallélisme entre certaines thèses développées par Deleuze et Guattari et par nous-mêmes. Dans notre démarche de psychothérapie institutionnelle et dans notre travail universitaire, nous n'avons, à aucun moment, cherché à appliquer une méthode importée. Dans notre thèse nous sommes partis de cette question: A quoi ça sert? En quoi l'institution est thérapeutique? Et nous avons conclu que "C'est en élaborant l'institution que le pensionnaire s'élabore lui-même, construit son identité". L'institution remplit sa mission thérapeutique en tant qu'elle est définie 1. Comme aire de jeu,2.Comme siège de l'illusion;3.Comme organisateur de réseau. Le propos n'est certes pas de développer cette thèse mais de permettre, par ce résumé, d'appréhender comment nous avons pu lire Deleuze et Guattari à partir de l'Institution définie comme principe d'élaboration. Par ailleurs , le Foyer Léone Richet est un lieu d'excellence pour l'appropriation de ses propres capacités...dans les limites du cadre institutionnel, et ce, peut-être, d'une manière exemplaire . Ceci est dit pour préciser que la réflexion sur l'empowerment trouve certainement là pour nous son origine.

Nous avons analysé les travaux de Deleuze et Guattari sous six chapitres: 1. Dans leur rapport avec la psychothérapie institutionnelle.2. Dans leur rapports avec des courants philosophiques classiques 3.Dans leur conception de l'individu et du schizophrène .4.Dans leur rapport avec l'évènement. 5.Dans leur rapport avec la parole. 6.Dans leur volonté d'élaborer une théorie globale. Pour chacun des chapitres, nous avons extrait des citations permettant d'exposer leur propos et nous les avons interrogé à l'aune du paradigme de l'empowerment. Deleuze et Guattari ont revendiqué d'avoir écrit à une voix (multiple).Par commodité et clarté nous sommes partis de l'apport de chacun des auteurs.

[279]Ancien nom du Foyer Léone Richet
[280] à Paris V Descartes

Sur la Psychothérapie Institutionnelle

Notre propos n'est pas ici d'évaluer les rapports de la pensée de la psychothérapie institutionnelle au paradigme de l'empowerment, mais de chercher comment Deleuze et Guattari (et plus particulièrement Félix Guattari) se situent sur cette question à l'intérieur de ce champ, défini (entre autres) par F.Tosquelles et J. Oury.

François Tosquelles dit très clairement dès sa thèse française en 1948[281] :"*Le travail d'objectivation de la maladie n'existe pas*"[282]. Si Jean Oury écrit:*" Un schizophrène, ça n'existe pas*"[283] ,il dit aussi *:" Les schizophrènes se confondent facilement avec le banc sur lequel ils sont assis*"[284]. (Il faut noter que , dans sa thèse, Tosquelles parle de fous et de folie, jamais de schizophrènes).

Félix ,de son côté, très tôt affirme une position originale et marquante: "*Un malade, qu'est-ce que c'est?* ***Un citoyen d'abord,***[285] *un individu ensuite, et l'on peut se demander en plus quel rapport ça peut avoir avec le fait d'être un sujet parlant*[286]. "Cette position est nettement différente de celle de Pierre Delion qui dit : *" Il faut distinguer le sujet et le citoyen. Le sujet c'est le locuteur, celui qui prend la parole. Le citoyen donne sa voix. Ce n'est pas très intéressant"*[287].Comment donc Félix définit-il la psychothérapie institutionnelle?: *"Une nouvelle attitude, un nouveau mode d'abord militant de la maladie mentale étaient nés, qui allaient bousculer les stéréotypes habituels et heurter les milieux réactionnaires de l'administration autant que les milieux "de gauche". Le mot d'ordre proposé était qu'avant d'entreprendre quelque cure individuelle que ce soit, il fallait "soigner le quartier"! Le développement des techniques de "clubs thérapeutiques intra-hospitaliers"[Rattachés à la Fédération des Croix-Marine, précise une note*

[281]François Tosquelles, que l'on peut considérer comme l'initiateur du mouvement de psychothérapie institutionnelle ,étant réfugié politique catalan a du en 1948 (re) soutenir une thèse de doctorat de médecine pour pouvoir exercer en France. Il s'agit de François Tosquelles *:Le vécu de la fin du monde dans la folie*, rééditée en 1986 par les éditions de l'AREFPPI

[282]op cit p43

[283]Jean Oury et Marie Depussé: *A quelle heure passe les trains* Calman Lévy 2003p192

[284]idem p56

[285]Nous utilisons les caractères gras à chaque fois que nous voulons souligner un propos.

[286]Guattari:" La psychothérapie institutionnelle",(texte daté 1962-63) in *Psychanalyse et Transversalité* p45 François Maspero, Paris 1972(désormais résumé en PT)

[287]P.Delion. Conversation avec l'auteur en 1990.

en bas de page] devait permettre de balayer les idées reçues sur l'agitation, la chronicité, etc., et c'est jusqu'à la sémiologie traditionnelle qui se trouvait ainsi mise en question par l'établissement de nouveaux rapports entre les malades et les soignants, entre les infirmiers et les médecins, entre les médecins et les familles, etc. De proche en proche, c'est l'armature de la psychiatrie tout entière qui se trouvait ébranlée, de sorte qu'un rapprochement réel entre la pratique hospitalière et la psychanalyse pouvait s'amorcer, permettant de surmonter une blessure ancienne -la rupture de Jung, Bleuler et des Zurichois avec Freud- blessure qui devait séparer pour longtemps la psychanalyse de la psychiatrie"[288] . Ce passage est intéressant à plus d'un titre: d'abord il y est question de "soigner le quartier". Si cette question est récurrente dans le champ institutionnel (Oury dit qu'elle s'impose comme l'asepsie en chirurgie), elle n'est pas exclusive de la volonté de soigner PAR l'institution :"*Ce que Tosquelles appelle l'ensemble du transfert institutionnel..*" [289] Le fait que Félix Guattari mette l'accent sur cette dimension de critique de l'institution n'est pas anodin, et nous place au cœur de l'ambivalence de la dimension alternative de la psychothérapie institutionnelle par rapport à la psychiatrie. Fernand Deligny l'avait bien noté: "*J'ai travaillé à La Borde, mais ça ne pouvait pas marcher: je passais mon temps à mettre du sable dans les rouages (c'était mon grain de sable à moi) quand les autres faisaient tout pour que ça marche*"[290] On voit bien dans ce passage que cette ambivalence est supportée par l'ambition (ou bien plutôt l'illusion?) de pouvoir subvertir la psychiatrie. En même temps, Félix milite pour **un rapprochement réel entre la pratique hospitalière et la psychanalyse** ,en référence à la clinique du Burghölzi d'E.Bleuler. Ceci explique bien qu'alors même qu'il revendique une remise en cause de la sémiologie traditionnelle, il utilise la référence à la schizophrénie. Fernand Deligny (encore lui) lui reprochera son utilisation d'une sémiologie traditionnelle : "*Pourquoi parles-tu de <u>débiles</u> quand tu parles d'ici? Il s'agit d'enfants mutiques*" .[291] Nous ne pouvons comprendre cet usage qu'en nous rappelant du contexte. Les écrits de Deleuze et Guattari se situent à l'intérieur

[288]Guattari PT p40
[289]J.Oury:*Il,donc* UGE 1978 p153
[290]F.Deligny.Conversation avec l'auteur Août 1975
[291]Fernand Deligny , *lettre à Félix Guattari* , archives IMEC 31 octobre 1977

du troisième paradigme de la psychiatrie moderne.[292].C'est à la même époque que Roger Gentis publie, à l'usage des infirmiers psychiatriques, le petit livre " Les Schizophrènes" .[293] Reste à savoir ce que Deleuze et Guattari entendent précisément par schizophrènes et schizophrénie. Pour cela nous devrons faire le détour par la philosophie. L'apport essentiel de Félix Guattari à la psychothérapie institutionnelle tient à son approche de la réalité psychique des groupes. Sa distinction entre groupes sujets et groupes assujettis est opérante parce qu'elle décrit une réalité bien que l'exemple des sociétés religieuses et militantes nous paraisse mal choisi (En effet, les sociétés religieuses sont fondées autour d'un ordre et leur loi (tout comme pour les sociétés militantes) est en référence à une volonté, (un idéal), une puissance, externe.)." *Je ne suggère cette image que pour illustre ce que j'entends par groupes assujettis: des groupes qui reçoivent leur loi de l'extérieur, à la différence d'autres groupes, qui prétendent se fonder à partir de l'assumation d'une loi interne; ceux-ci étant des groupes fondateurs d'eux-mêmes, dont le modèle est plus à chercher du côté des sociétés religieuses ou militantes, et dont la totalisation dépend de leur capacité à incarner cette loi.*"[294] Un groupe sujet devient **sujet de son destin.** Cette affirmation porte en elle un fort contenu anticipateur par rapport au paradigme de l'empowerment, en tant qu'il est mis en œuvre dans les Espaces Conviviaux Citoyens d'Advocacy[295] et repris par la circulaire ministérielle des Groupes d'Entraide Mutuelle d'Août 2005[296]. "*Tant que le groupe reste objet des autres groupes, il reçoit le non-sens, la mort, de l'extérieur; on peut toujours escompter se réfugier dans des structures de méconnaissance. Mais dès que le groupe devient sujet de son destin, dès qu'il assume sa propre finitude, sa propre mort, alors les données d'accueil du surmoi sont modifiées, le seuil du complexe de castration, spécifique d'un ordre social donné, peut être localement modifié. On est dans le groupe, non pour se cacher du désir et de la mort, engagé dans un procès collectif d'obsessionnalisation, mais en raison d'un problème particulier, non*

[292]Voir C.Deutsch : *De la prise en charge à la prise en compte* VST 113.2012
[293]Roger Gentis :*Les schizophrènes*. CEMEA Scarabée Paris 1969
[294]Guattari PTp42
[295]Voir notamment: C.Deutsch:" *L' Advocacy, un concept et des actions de lutte contre l'exclusion, la disqualification, la discrimination*". in Processus d'exclusion Au fil du mois Revue CREAI PACA-C 11/2004 et M.Dutoit et C.Deutsch :"*Advocacy, une recouvrance* " in Domination et révolte VST 89 Paris2006
[296]Bien que cette orientation paraisse aujourd'hui dévoyée comme en témoigne l'article de F.Leroy, M.Dutoit, C.Deutsch "*Vous avez dit entraide mutuelle?*" in VST 112 Paris .2011

pour l'éternité, mais à titre transitoire: c'est ce que j'ai appelé la structure de transversalité."[297] Le groupe sujet , parce qu'il n'est pas "clos" par rapport à son devenir, permet au sujet d'advenir comme sujet-parlant, et d'advenir socialement. Les deux dimensions ne se contredisent pas, elles se complètent. C'est ainsi que nous comprenons la phrase: ***"le seuil du complexe de castration, spécifique d'un ordre social donné, peut être localement modifié",*** phrase qui pourrait paraitre obscure dans un mode de lecture psychanalytique, même lacanien. C'est cette réflexion sur les groupes sujets qui introduit à la transversalité. La transversalité, qu'est-ce que c'est?: *"La transversalité, dans le groupe, est une dimension contraire et complémentaire aux structures génératrices de hiérarchisation pyramidale et des modes de transmission stérilisateurs des messages".*[298]*"Transversalité par opposition à:-Une verticalité qu'on retrouve par exemple dans les descriptions faites par l'organigramme d'une structure pyramidale(chefs, sous-chefs, etc)-une horizontalité comme celle qui peut se réaliser dans la cour de l'hôpital, dans le quartier des agités, mieux encore celui des gâteux, c'est-à-dire un certain état de fait où les choses et les gens s'arrangent comme ils peuvent de la situation dans laquelle ils se trouvent."* [299]***"La transversalité est une dimension qui prétend surmonter les deux impasses****, celle d'une* ***pure verticalité****, et celle d'une* ***simple horizontalité****; elle tend à se* ***réaliser*** *lorsqu'une* ***communication maximum*** *s'effectue entre les différents niveaux et surtout dans les différents sens"*[300]*. "****La transversalité est le lieu du sujet inconscient du groupe****, l'au-delà des lois objectives qui le fondent, le support du désir du groupe"*[301]. Nous pouvons dire que la transversalité est une pratique. Du point de vue de l'animateur de groupes que Félix n'a jamais cessé d'être, c'est sans doute une pratique d'agencement institutionnel. En même temps, on peut dire que c'est une posture, un positionnement des acteurs entre les différents niveaux , les différents sens. C'est un positionnement qui permet que quelque chose passe, que quelque chose **se** passe, que l'évènement advienne. Nous retrouvons là quelque chose d'essentiel dans la philosophie de

[297]Guattari "Le transfert" (1964) in PT p54
[298]Guattari "La transversalité " (1964) in PT p84
[299]idem p79
[300]idem p81
[301]idem p84

l'Empowerment. Lorsque Félix définit la transversalité comme le "lieu du sujet inconscient du groupe", non seulement il définit l'imaginaire groupal, mais il situe le membre du groupe comme sujet. Non seulement il anticipe sur les travaux de Didier Anzieu et René Kaës[302] mais sur la différenciation majeure que fera ultérieurement Jean Oury entre le groupe et le collectif.[303] Par contre, il hérite de la distinction que Tosquelles fait entre Institution et Etablissement. Approfondir les différences conceptuelles nous entrainerait dans de trop amples développements. Il faut se garder de lire "La Transversalité" en oubliant toutes les ouvertures que ce texte a permis.

Sur l'héritage philosophique

Lorsque Guattari rencontre Deleuze celui-ci est déjà un professeur de philosophie re-connu qui va apporter au tandem tout son back-ground qu'il est intéressant d'étudier car les idées-force qu'il revendique sont à croiser avec ce qui constitue le fondement philosophique de l'empowerment. Par ailleurs, cette méthode nous parait la meilleure pour comprendre les conceptions de l'homme sur lesquelles est bâti le "système Deleuzo-Guattarien ".

Le premier des auteurs de référence est Hume."*Une des idées de Hume les plus simples, mais les plus importantes est celle-ci :l'homme est beaucoup moins égoïste qu'il est partial*"[304]*. Hume nous présente toujours un sujet qui n'est jamais donné mais toujours construit.il n'est plus source d'explication mais ce qui doit être expliqué:* [305]*"La philosophie de Hume est toujours une théorie de la pratique*"[306]*."Deleuze attribue à Hume l'intuition selon laquelle tout le débat sur la nature humaine tient à la différence entre instinct et institution. Rien en l'homme ne relève d'un quelconque naturel , tout est en construction, en élaboration.* ***L'homme ne nait pas sujet, il le devient***"[307]*."Au cœur de l'empirisme Humien , Deleuze trouve le principe auquel il consacrera sa thèse, le principe de différence. Son atomisme, comme son associationnisme, est le corrélat de sa conception du sujet comme se*

[302]D. Anzieu: *le groupe et l'inconscient* Dunod. 1981.R.Kaës (dir) L'institution et les institutions Dunod 1987
[303]J.Oury.*le Collectif* Scarabée1986
[304]G.Deleuze.*Différence et Répétition* PUF 1968 (désormais résumé en DR)p24
[305]F.Dosse: *Gilles Deleuze , Félix Guattari, biographie croisée* La découverte Paris 2009 (désormais référencé Dosse) p 140
[306]M.Antonioli. *Deleuze et l'histoire de la Philosophie* Kimé paris 1999 p30
[307]Dosse p142

constituant dans le donné....le mérite de Hume est d'avoir su percevoir l'extériorité des relations par rapport à leur termes et d'avoir ainsi rompu avec le jugement d'attribution"[308]. Nous sommes, quand à nous, extrêmement sensibles à cette idée que nous avons soulignée : "L'homme ne nait pas sujet, il le devient". Cependant nous sommes devenus prudents d'une une approche trop sensualiste et empiriste, dont on a vu, avec le Lysenkisme à quels excès dogmatiques elle pouvait aboutir. Il ne faut jamais perdre de vue la dialectique de l'assimilation et de l'accommodation. Rompre avec le jugement d'attribution, au nom de la critique du prima de la démarche logico-déductive (pour ne pas dire critique de la raison pure, ce qui serait un néologisme), n'est-ce pas risquer de refuser à la personne la possibilité de l'appropriation de ses capacités et notamment de ses capacités de se représenter? C'est sans doute pour tenter de résoudre ce dilemme que DG[309] étayeront leur réflexion à partir du fait psychotique, c'est-à-dire du constat de l'incapacité de se représenter et qu'ils sont si critiques de la notion de représentation.

Le deuxième auteur de référence est Spinoza: *"le thème de la puissance est au cœur du Spinozisme.la puissance est à l'œuvre partout.. La puissance est l'équivalent de l'essence. Tous les êtres sont animés par la puissance d'exister, qui est pour l'homme "une partie de la puissance infinie, c'est-à-dire de l'essence, de Dieu ou de la Nature"*[310]*.."Cette puissance pousse l'existence dans ses limites extrêmes et a pour nom conatus qui est cet effort pour persévérer dans l'être. Deleuze confère à cette force le nom de "désir" et insiste sur le fait qu'il est déterminé par des affections...La question du désir, mais sous une forme non freudienne .La relance de ce conatus/désir provient selon Spinoza des rencontres...Là où la rencontre-ce que Deleuze appellera ,après sa rencontre avec Guattari, la coupure du flux est majeure pour persévérer dans l'être, c'est parce que le "Je peux" est lié à la capacité d'être affecté et celle-ci dépend de la rencontre avec autrui et dépend de la rencontre avec autrui en tant qu'il peut altérer l'identité du même."*[311] Le thème de la puissance est fondamental dans une réflexion sur l'appropriation du pouvoir. La mise en rapport du conatus et de la rencontre comme capacité

[308]Dosse p143
[309]C'est ainsi que nous dénommerons Deleuze et Guattari dans leur œuvre commune
[310]Spinoza, *Ethique l*ivre IV,4 cité par Dosse p180
[311]Dosse p181

d'être affecté ,y compris dans l'identité même, voilà qui enrichira sensiblement notre réflexion sur l'empowerment. Pour autant cela est-il suffisant pour définir l'essence du désir? Pour autant, est-ce que cela autorise une démarche moniste? C'est ce que nous tacherons de dégager lors du dernier chapitre de notre exposé.

L'évocation de Bergson, troisième mousquetaire des antécédents deleuziens, nous renforce dans cette dernière interrogation: *" La doctrine de Bergson, comme celle de Deleuze reste résolument moniste. Toute la méthode bergsonienne consiste en fait à restaurer les différences de nature dans les mixtes que nous livre l'expérience...Un des déplacements majeurs réalisés par Deleuze par rapport aux interprétations traditionnelles de Bergson est de considérer que le cœur de sa doctrine n'est présenté ni par l'élan vital, ni par la mémoire, mais par la logique de la multiplicité"*[312].

On pourra nous reprocher d'avoir volontairement écarté de notre réflexion, le d'Artagnan de l'affaire, qui fera le lien entre Deleuze et Foucault, à savoir F.Nietzsche. Nous avons estimé que cela nous obligerait à trop nous éloigner de notre propos.

Sur l'individu, le schizophrène et la schizo-analyse

Nous avons pu , grâce à ce détour, commencer à appréhender la conception de l'individu chez DG: *" L'individu, selon Simondon-et Deleuze- n'est pas un être stable, mais le résultat d'une rencontre de processus, d'opération et de formes, une rencontre d'énergies différentielles entre des affects, des percepts et des émotions"*[313] Et nous souscrivons à l'idée que "l'indivi-du" ne saurait être qu'une manière de dénombrement statistique, et que la vérité de l'être humain, qui est divisé, clivé , ne saurait s'y résumer. Maintenant, nous pouvons chercher à comprendre pourquoi DG prennent "le schizophrène" comme référence."*L'intention de Deleuze et Guattari n'est pas de faire l'apologie de la schizophrénie...La schizophrénie brandie comme programme universalisant par Deleuze et Guattari n'est pas une maladie qui porte ce nom, mais l'idée d'un processus sans limites, la capacité toujours reprise de*

[312]Dosse p 174
[313]Dosse p200.

transgresser les limites, de réaliser des levées d'écrou"[314]*."Il convient de briser la segmentarité dure qui clive les individus dans un univers clos, et la schizophrénie se définit comme une tentative de cartographie des lignes de fuite possibles par rapport à ces segmentations".*[315] Notre analyse est que DG utilisent là un concept issu de la nosographie médicale ,mais pour désigner autre chose, qui tient de leur compréhension de la psychose, mais pas seulement. Il s'agit pour eux de faire entendre une conception du monde, à partir de ce qu'ils définissent comme l'univers psychotique, une conception du monde compatible avec l'univers psychotique[316], du moins l'univers psychotique tel qu'ils l'entendent. *"La ligne de fuite n'est pas en soi source créative et libératoire, elle peut être un effondrement lorsqu'elle se transforme en ligne d'abolition, de destruction et c'est en cela que le psychotique dit schizophrène n'est pas magnifié dans sa souffrance en tant que malade...Deleuze insiste donc bien sur la distinction entre l'entité clinique qui suit une ligne d'abolition et de mort, et la schizophrénie comme processus de vie. C'est l'occasion pour lui de réaffirmer son vitalisme fondamental, sa détestation de tout affect morbide: "Quand j'entends que la mort puisse être un processus, c'est tout mon cœur, tous mes affects qui saignent"*[317] .Il n'en demeure pas moins que la mort est un processus. On nous rétorquera que cette réflexion est hors-sujet .Elle s'inscrit cependant dans une lecture critique où la question qui se pose à nous est de savoir si la conception du monde de DG vient de leur regard et de leur prise en compte de l'univers psychotique, ou si leur vision de l'univers psychotique est déterminée par leur conception du monde. Peut-on réellement parler de la schizophrénie comme processus de vie ? Qu'est-ce, pour eux, que le vécu du schizophrène? (Et posant cette question, nous avons à l'esprit la phrase de J. Oury: *" Un schizophrène, ça n'existe pas")."Ce que vit le schizophrène, c'est justement l'absence de surface des corps: "Le premier aspect du corps schizophrénique, c'est une sorte de corps passoire...tout est corps et*

[314]Dosse p240
[315]Deleuze : *Cours du 27 mai1980* à Vincennes cité par Dosse p264
[316]Le terme de psychose et celui de schizophrénie ne se recouvrent pas, dans la mesure où à la différence du terme médical de schizophrénie, le terme de psychose peut être utilisé pour définir, non une pathologie, mais un agencement libidinal. L'argumentation est impossible à développer ici et trouvera sa place dans le mémoire.
[317]Deleuze *Cours du 27 mai1980* à Vincennes cité par Dosse p264

corporel..Un arbre, une fleur, une canne poussent à travers le corps"."[318] *Le corps schizophrène revêt trois caractéristiques: c'est un corps passoire, un corps morcelé et un corps dissocié... Deleuze repère chez Artaud le corps sans organe "CsO". Le corps sans organe n'est pas un corps dépourvu d'organes, mais un corps "en deçà de la détermination organique, un corps aux organes indéterminés, un corps en voie de différenciation"* [319]*. "Artaud est l'accomplissement de la littérature, précisément parce qu'il est schizophrène et non parce qu'il ne l'est pas".*[320] Au bout du compte, ce qui est en question, c'est la question du désir, du désir comme machine de production et non comme articulé à partir de la question du manque. Le schizophrène, avec son corps sans organe serait le paradigme d'un monde sans limite-a-priori, d'un monde où le changement est possible. D.G. sont extrêmement clairs au lendemain de la publication de l'Anti-Oedipe: *"Gilles Deleuze: L'idée fondamentale est peut-être celle-ci: l'inconscient "produit"...Nous pensons que l'inconscient n'est pas un théâtre, mais plutôt une usine... Dire que l'inconscient "produit", signifie que c'est une sorte de mécanisme qui produit d'autres mécanismes. L'inconscient n'a rien à voir avec une représentation théâtrale, mais avec ce que nous pourrions appeler des "machines désirantes"...Désirer consiste en ceci: faire des coupes, laisser couler certains flux, opérer des prélèvements sur les flux, couper les chaînes qui épousent les flux...Le désir ne dépend pas d'un manque..le désir ne renvoie à aucune Loi, le désir produit...Cela signifie peut-être que le désir est révolutionnaire..Il est révolutionnaire par nature parce qu'il construit des machines qui, dans le champ social sont capables de faire sauter quelque chose, de déplacer le tissu social"*[321]. On peut ici se poser la question de la nature d'un désir qui se réclame du champ social en réfutant -à travers la question du manque- l'articulation du désir avec l'intersubjectivité. Ne peut-on dire avec J. Lacan que *"Le sujet prend conscience de son désir dans l'autre par l'intermédiaire de l'image de l'autre qui lui donne le fantôme de sa propre maîtrise"* et que l'on peut *" rappeler le thème hégélien fondamental-le désir*

[318]Deleuze *Logique du Sens*. Minuit 1969 p106 (résumé LS)
[319]Anne Sauvagnargues *Deleuze et l'art* PUF 2005 p87-88
[320]Deleuze et Guattari. *L'Anti-Oedipe* minuit 1972 (résumé AO)p160
[321]Deleuze et Guattari: "Capitalisme et schizophrénie" traduit et reproduit dans *Ile Déserte* Minuit paris 2002 p 323 et 324

de l'homme est le désir de l'autre "[322] ? On nous opposera que c'est justement à cela que s'opposent DG en faisant la promotion de la production face à la théâtralisation. On peut cependant se demander si la notion de flux, en court-circuitant le phantasme, ne risque pas d'introduire une confusion entre le besoin et le désir. C'est dans ce contexte qu'ils inscrivent leur conception de la folie. Certes, comme dit F.Guattari dans cet article: "*La schizophrénie est une expérience involontaire, et très aigüe, d'intensité et de passage d'intensité"*, mais cela autorise-t-il de dire que" *c'est pour cela que les recherches expérimentales pharmacologiques pourraient être très riches*"? Position qui paraît paradoxale quand on pense aux effets aliénants de la camisole chimique, mais qui, en fait, confirme l'hypothèse de la confusion du désir et du besoin :*"Les études pharmacologiques posent le problème en termes de variation d'intensité du métabolisme"*[323] . C'est dans une intention politique qu'il faut donc entendre de leur conception de la folie et sa prise en compte:" *Pour rendre compte de l'aliénation, la répression que l'individu subit dans le système capitaliste...nous devons mettre en jeu des concepts qui sont les mêmes que ceux auxquels on devrait avoir recours pour interpréter la schizophrénie".*[324] C'est ainsi qu'il convient de comprendre la schizo-analyse: *"la schizo-analyse entend reconnecter l'inconscient au social et à la politique....Remettre le désir en mouvement, le rendre productif devient la fonction première de la machine désirante qui doit se substituer à la structure œdipienne enfermante."...se définissant comme une démarche matérialiste, la schizo-analyse entend au contraire opposer aux enjeux endogènes de la structure l'intervention signifiante d'un dehors". Le schizo-analyste se présente toujours comme le tenant d'un mode d'expérimentation.." Ce ne sont pas les lignes de pression de l'inconscient qui comptent, ce sont au contraire ses lignes de fuite"*[325].

Mais l'Anti-Oedipe peut prêter à des malentendus qu'il convient de rectifier: *"En 1988, à l'occasion de l'Abécédaire, Deleuze précise que l'intention n'avait rien à voir avec le tout désirant, mais le passage d'une conception abstraite du désir à une approche constructiviste qui prenne en compte*

[322] J. Lacan, *Séminaire 1"les écrits techniques de Freud* Le Seuil 1975 p178 et 169
[323] Deleuze et Guattari: "Capitalisme et schizophrénie" traduit et reproduit dans *Ile Déserte* p 332
[324] *ibid* p325
[325] Deleuze etGuattari ,AO p405

l'agencement concret dans lequel il s'exprime: "il n'y a pas de désir qui ne coule dans l'agencement. Désirer: c'est construire de l'agencement"[326].Témoin de l'idéalisation de la psychose que le livre a provoqué, ce témoignage*:" La psychanalyste Catherine Millot reconnait à l'Anti-Oedipe le mérite" d'avoir fait valoir une conception non déficitaire de la psychose. Au-delà d'une idéalisation un peu naïve , L'Anti-Oedipe rend sensible au fait de la psychose,* ***sa dimension créative, la liberté, l'originalité et l'inventivité dont les psychotiques sont capables****, tandis qu'il faut bien le dire, la névrose avec ses refoulements apparaît à cet égard bien inhibée"*[327].Si nous récusons, bien évidemment, la conception déficitaire de la psychose ,il faudra bien qu'on nous explique la dimension créative de la psychose, en tant que telle et par elle-même. Et si des personnes qualifiées de psychotiques sont capables de liberté, d'originalité et d'inventivité, c'est sans doute qu'ont leur aura permis de les exercer, et non du fait qu'ils seraient "psychotiques".

Sur la conception stoïcienne de l'événement.

C'est tout le mérite de DG, justement , d'avoir donné des outils conceptuels permettant la création d'espaces de liberté, d'espaces où puisse survenir l'évènement. Deleuze et Foucault ont tous les deux une philosophie de l'évènement issue de la critique de l'hégélianisme. Mais si, chez Foucault, c'est au bénéfice d'une lecture des ruptures épistémiques, *"Deleuze et Guattari insistent dans leur conception de l'évènement sur son caractère de surgissement d'une nouveauté, de commencement, d'origine à lui même".*[328] Avec 68, l'évènement est un défi à la conception traditionnelle de l'histoire. Il est même sa mise en crise.."*<u>Cet</u> univers* [dont nous relevons qu'il est pluriel mais un] *revêt l'aspect d'un ensemble de singularités plus ou moins connectées, agencées entre elles, une sorte de "mur de pierres libres, non cimentées, où chaque élément vaut pour lui-même et pourtant par rapport aux autres*"[329] .Cet univers pluriel, multi-cosmique rejoint le thème de la sympathie universelle entre les choses terrestres et célestes des stoïciens.[330]

[326]Dosse p 264
[327]Dosse p266
[328]Dosse p385
[329]Deleuze *Critique et clinique* Minuit 1993 p110
[330]Dosse p194

"Selon les stoïciens, tout est potentiellement événement jusqu'au phénomène le plus infime, le moins remarquable, conception que reprend à son compte Deleuze qui trouve aussi un point d'appui majeur dans la distinction de nature qu'il opère entre "représentation" et expression" au profit de cette dernière... Deleuze voit dans cette posture stoïcienne l'expression même du désir d'incarnation de l'événement pur dans la propre chair du sage, sa volonté de "corporaliser" l'effet incorporel"[331].L'évènement se trouve identifié à une adéquation entre la forme et le vide. *"La morale stoïcienne concerne l'évènement; elle consiste à vouloir l'événement comme tel, c'est-à dire à vouloir ce qui arrive en tant que cela arrive". "Là, le sage attend l'événement. C'est-à-dire : il comprend l'événement pur dans sa vérité éternelle, indépendamment de son effectuation spatio-temporelle"*[332].

Cette notion d'évènement est extrêmement importante. Ne disions -nous pas nous mêmes, à propos de l'Institution*:" L'Institution introduit la fonction historique par la place qu'elle fait à l'Evénement. Il s'agit là de la mise en situation par l'Institution que l'"événement advienne", que cela soit probable. L'Evénement, ce n'est pas un fait insignifiant. C'est quelque chose qui arrive et qui est important pour la personne. C 'est quelque chose qui arrive de l'ordre de la rencontre. Pour cela ,l'Institution doit être en devenir. Cela lui impose d'être un lieu d'élaboration. C'est à ce prix qu'elle est **le** lieu d'élaboration, qu'elle assume sa fonction thérapeutique"*[333] . L'empowerment n'est pas un processus thérapeutique. Il ne suppose aucune intentionnalité de changement extérieure à la personne, elle-même. Mais quand Jean-Luc définit l'Espace Convivial Citoyen de Caen, à son ouverture, comme "Un atelier protégé par nous-mêmes", son mouvement d'appropriation du pouvoir n'est-il pas , en même temps un mouvement d'appropriation par et dans l'évènement?

L'évènement décrit par DG d'inscrit dans une pensée qui part de la différenciation des groupes sujets et des groupes assujettis et nous y reconnaissons comme un air de fraternité. En même temps, nous nous interrogeons sur l'équivoque qui pourrait surgir entre une conception de l'événement vécu, tel que nous l'entendons, comme expérience sensible d'un

[331]Dosse p191 citant Victor Goldsmidt

[332]Deleuze *logique du Sens* Minuit Paris 1969p172

[333]C.Deutsch.*l'institution ,outil d'action thérapeutique*, Thèse de Doctorat de psychologie. Paris V Descartes 1985 p349

sujet pris dans une histoire collective , et qui, à ce moment là et de ce fait là prend sens par "greffe de transfert" et la notion "d'évènement pur dans sa vérité éternelle".

L'empowerment, comme mouvement d'"appropriation du pouvoir par" ne nous paraît pas, dans l'état actuel de nos réflexions, compatible avec une démarche stoïcienne.

Sur la prise de parole.

S'il y a eu un évènement, au XXème siècle, marqué par la prise de parole, c'est Mai 68.*"Quelque chose nous est arrivé. Quelque chose s'est mis à bouger en nous. Emergeant d'on ne sait où, remplissant tout à coup les rues et les usines, circulant entre nous, devenant nôtres mais en cessant d'être le bruit étouffé de nos solitudes, des voix jamais entendues nous ont changés. Du moins avions-nous ce sentiment. Il s'est produit ceci d'inouï: Nous nous sommes mis à parler .Il nous semblait que c'était la première fois. De partout, sortaient les trésors, endormis ou tacites, d'expériences jamais dites* [334] ".La conception de la parole de DG rentre en résonnance avec le Mai 68 du mouvement du 22 Mars qui les a profondément marqué, et l'on comprend pourquoi:*" Ce qui est signifié, ce n'est jamais le sens lui même"."Ce sont les évènements qui rendent le langage possible" "On commence toujours dans l'ordre de la parole"*[335]*. "L'évènement devient avec Deleuze l'horizon transcendantal du langage, ses conditions de possibilités".*[336] Deleuze et Guattari reprendront à Hjelmslev sa distinction entre le plan de l'expression et le plan du contenu. Ils s'appuient également sur les thèses de J.Austin à propos des rapports entre action et parole dans les performatifs. La parole prévaut comme expression d'un faire."*L'unité élémentaire du langage - l'énoncé- c'est le mot d'ordre* ".[337] Le langage est d'abord et avant tout performatif, bien qu'il se présente comme informatif. Austin explique très clairement ce qu'est la dimension performative du langage: *"Exemples: a) "Oui[je le veux](c'est-à-dire je prends cette femme pour épouse légitime)" ce "oui" étant prononcé au cours de la cérémonie du mariage. b) "je baptise ce bateau le Queen Elisabeth"-comme on dit lorsqu'on brise une bouteille contre*

[334]Michel de Certeau*: La prise de parole*. Le Seuil 1994 p41
[335]Deleuze LS p 51,et 212
[336]Dosse p276
[337]DG *Mille Plateaux* Minuit paris 1980p95

la coque. Pour ces exemples ,il semble clair qu'énoncer la phrase (dans les circonstances appropriées, évidemment), ce n'est ni décrire ce qu'il faut bien reconnaître ce que je suis en train de faire ainsi, ni affirmer que je le fais: ***c'est le faire***"[338] .DG attirent à juste titre l'attention et valorisent le langage performatif, en opposition à F.de Saussure pour lequel le langage est uniquement informatif. Si ,pour Saussure, qui a su mettre si brillamment en évidence la dimension arbitraire du signe, le langage est premier par rapport à la parole, c'est parce que pour lui la parole est support du langage [339]. Pourtant, peut-on dire que la parole est uniquement technologie, au même titre que l'écriture, l'imprimerie, l'informatique? Ce serait omettre qu'il n'y a pas de parole sans émetteur ni sans adresse. DG attirent l'attention sur le fait que c'est le message qui produit les deux pôles distincts de l'émetteur et du récepteur. Pour DG , l'agencement collectif d'énonciation, c'est d'abord d'être un agencement. Pourtant même une parole collective n'est pas impersonnelle. Peut-on ignorer la dimension fondatrice , non du langage basé sur des signes arbitraires, mais de la **parole**? Ce qui fonde un nouvel être humain, c'est qu'il est parlé, généralement même, et le plus souvent, avant sa naissance. Qu'importe avec quels mots, et même peut-être sans mot du tout dans le cas des enfants de sourds-muets[340].En disant que " la situation d'énonciation est impersonnelle et collective"[341] DG entendent mettre l'accent sur le fait que tout énonciation dépend de son contexte social, et cela est incontournable. Pour autant n'y a-t-il pas risque de nier le rôle fondateur de la parole? Ce rôle fondateur tient , non seulement, comme on vient de le voir parce qu'elle institue l'existence de l'autre, mais de ce qu'elle institue l'existence de l'énonciateur .La parole, à la différence du langage n'est pas un "déjà-là". La parole est quelque chose qui se prend, et cette appropriation est affirmation d'existence. *"Même s'il ne communique rien, le discours représente l'existence de la communication; même s'il nie l'évidence, il affirme que la parole constitue la vérité; même s'il est destiné à tromper, il spécule sur la foi dans le témoignage"*[342] .Car, bien sûr, cette revendication d'existence n'est pas "en-

[338]J.L.Austin *Quand dire c'est faire* .Le seuil 1970 p41
[339]F de Saussure. *Cours de linguistique générale* .Payot 1972 p419:"Par parole on désigne l'acte de l'individu réalisant sa faculté [au langage] au moyen de la convention sociale qui est la langue.
[340]A.Pelletier et Y.Delaporte "*Moi, Armand, né sourd et muet*" Plon Terre Humaine2002
[341]Anne Sauvagnargues, *Cours du 1.12.2011* Paris X
[342]J. Lacan "Fonction et champ de la parole et du langage" in *Ecrits* Seuil 1966p251

soi" mais dans une relation à l'autre: *"C'est à l'intersubjectivité du "nous" qu'il assume que se mesure en un langage sa valeur de parole... Ce que je cherche dans la parole, c'est la réponse de l'autre. Ce qui me constitue comme sujet, c'est ma question. Pour me faire reconnaître de l'autre, je ne profère ce qui fut* ***qu'en vue de ce qui sera.*** *Pour le trouver, je l'appelle d'un nom qu'il doit assumer ou refuser pour me répondre*."[343] Ces lignes de Lacan nous paraissent justement exprimer notre propos.

Sur la théorie.

Tout l'effort de DG est tendu vers la construction d'une alternative au structuralisme. Ils opposent le mouvement, la production à la structure qui attribue une place à chaque chose. Pour s'opposer à la théorie régnante, ils bâtissent une théorie: "*En fait, une théorie philosophique est une question développée, et rien d'autre: par elle-même, en elle-même ,elle consiste non pas à résoudre un problème mais à développer jusqu'au bout les implications nécessaires d'une question formulée"*[344]"*Je crois à la philosophie comme système...Pour moi, le système ne doit pas seulement être en perpétuelle hétérogénéité, il doit être une hétérogène, ce qui, il me semble, n'a jamais été tenté".*[345] Cette théorie est le fruit de l'apport de chacun à ce "moteur à deux temps"*: "Les thèses élaborées au début des années 1960[par Guattari] sont dans le prolongement de la conception sartrienne du sujet qui doit se libérer de l'aliénation pour faire surgir sa propre liberté."*[346]*"Deleuze ne cessera de défendre [le point de vue] d'un* ***monisme qui part de la vie subsumant toute subdivision****: "L'unité, la hiérarchie par là de toute dualité anarchique, c'est celle-là même de la vie, qui dessine un troisième ordre , irréductible aux deux autres. La vie , c'est l'unité de l'âme comme idée du corps et l'idée du corps comme étendue de l'âme."*[347] Comme le montre Dosse ce passage est *"une définition de stricte obédience spinozienne" et par ailleurs " on y retrouve la marque de Sartre dans cette introduction où Deleuze affirme que " chaque existence trouve sa propre essence en dehors d'elle-même, dans l'autre"* .Cette

[343]J. Lacan idem p 299
[344]Deleuze "*Empirisme et subjectivité* " PUF 1953(cité ES) p119
[345]Deleuze "lettre à J-C Martin "in *Variations. La philosophie de G.Deleuze*. Paris Payot 1993.p7
[346]Dosse p 79
[347]Dosse p126 citant Deleuze introduction à "*Etude sur la Mathèse de J.Malfatti* Griffon d'or paris 1946

référence à Spinoza n'est pas celle d'une œuvre de jeunesse comme en témoignent les nombreux travaux ultérieurs de Deleuze sur Spinoza (comme nous l'avons déjà vu). Leur volonté d'intégrer la diversité dans une seule et même théorie conduit DG a élaborer un système de pensée moniste, un ***"monisme qui part de la vie subsumant toute subdivision "***(sic)."*L'essentiel de l'univocité n'est pas que l'être se dise, en un seul et même sens. C'est qu'il se dise ,en un seul et même sens ,de toutes ses différences individuantes ou modalités intrinsèques .*[348]"*Il s'agit de construire une "ontologie de la différence qui n'aurait pas à aller jusqu'à la contradiction ,parce que la contradiction serait moins que la différence et non plus.""*[349] Le but est de mettre en évidence l'hétérogénéité pure et le primat de la relation entre ces différences dans une ontologie de la relation. A-t-il été atteint?

Conclusion

Nous avons pu relever, tout au long de ce travail comment les travaux de Deleuze et Guattari ont contribué, à l'intérieur d'un débat d'idée qui a traversé le XXème siècle, à ce que puisse advenir un nouveau paradigme dans la manière de considérer les fous, qui consiste en la prise en compte de l'appropriation du pouvoir par les personnes en souffrance psychique elles-mêmes. Notre propre recherche dans ce domaine est redevable de la manière particulièrement innovante par laquelle ils ont introduit des concepts comme celui de transversalité et de groupes sujets, comment ils ont contribué à modifier l'image de la psychose et des personnes qualifiées de psychotiques, comment ils ont mis en exergue la question de l'évènement et de la parole. Nous avons cherché à mener notre recherche sans complaisance, en pointant aussi les points de désaccord. Les écrits de Deleuze et Guattari sont marqué de l'emprunte de leur époque. C'est un fait qu'ils auraient sûrement revendiqué. En tous cas, l'affirmer c'est surement rester fidèle au message qu'ils ont cherché à nous faire parvenir. C'est une époque profondément marquée par l'existentialisme et par la pensée structuraliste, mais aussi les guerres anticolonialistes et Mai 68. Il nous semble que c'est aussi leur rendre hommage que de rassembler ainsi des phénomènes de nature très diverse.

[348]Deleuze DR p53
[349]Dosse p148 citant Deleuze "*Jean Hyppolite, logique et existence*" ID p18

Mais ce faisant, nous entendons rester dans une perspective modeste de contextualisation historique, et nous restons ,quant à nous, extrêmement prudents au niveau d'une démarche moniste. L'image de "la guêpe qui, fécondant l'orchidée, transgresse les règles de partage entre les deux mondes" est certes très séduisante mais il nous semble que la guêpe ne fait qu'obéir par là à la même destinée et strictement à la même logique de comportement que "le ver qui prenait l'escargot comme taxi"[350], et qui, lui, ne transgresse rien. Il ne s'agit pas ici d'opposer à une démarche moniste, un discours dualiste renvoyant à une conception de l'homme-individu où le complément de l'âme et du corps se suffisent, mais de revendiquer quand à nous une démarche holistique, respectueuse de la pensée complémentaire de chaque discipline. Peut-être que, dans ce cadre, les travaux de Deleuze et Guattari nous seraient apparus moins ésotériques.

[350]J. Deutsch *Le ver qui prenait l'escargot comme taxi* le seuil 2007

3. L'empowerment ou appropriation du pouvoir.

Nous sommes partis du constat qu'il y avait deux manières d'appréhender la souffrance psychique, deux manières de penser, deux logiques de discours, deux paradigmes:

Le premier était l'approche objective, l'approche médicale, l'approche psychiatrique, que l'on a vu , au XXIème siècle, "totalement" objectivante et ne laissant aucune place à la parole de la personne en souffrance psychique à travers ses quatre caractéristiques: Le secteur psychiatrique comme dispositif, le DSM comme clinique, les limites du consentement éclairé et la médicalisation de la société. Nous avons cherché, chez les auteurs contemporains novateurs, Michel Foucault d'une part, Deleuze et Guattari d'autre part la place de la parole des personnes en souffrance psychique. Nous avons trouvé, chez ces philosophes, des ouvertures déterminantes sur la question, mais aussi des limites liées à leur approche même. Ainsi, si Foucault met en évidence le caractère déterminant des rapports de pouvoir, il le fait au nom d'une vérité de la folie, d'une revendication de parole de la folie-en soi, et non de la folie comme phénomène vécu , incarné. Ainsi , si Deleuze et Guattari, avons nous trouvé la place de la parole du schizophrène, mais enchâssée dans le cadre d'une théorie moniste, trop généralisante à notre avis.

Le second, c'est ce que nous nommons encore "empowerment", reprenant le terme anglo-saxon, par peur d'une mauvaise interprétation du terme de pouvoir dans la langue française et que les québécois nomment déjà l'appropriation du pouvoir: la (ré)appropriation de la parole / des capacités par les personnes désignées/stigmatisées comme folles elles-mêmes.

Il convenait alors de définir l'appropriation du pouvoir.

Un problème de méthode se posait cependant: comment parler de l'appropriation de la parole des personnes en souffrance psychique sans en sacrifier l'originalité, qui est que c'est justement de leur parole dont il s'agit? Comment éviter de parler à leur place, de "parler sur", d'objectiver leur parole et ainsi de l'instrumentaliser? Le choix fut donc de leur donner la parole, grâce aux actes du colloque "L'appropriation du pouvoir, ensemble on y gagne" organisé par l'Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale au Québec (AGIDD-SMQ) auquel nous avons participé le 2 juin 2011 à Montréal. Condition nécessaire, la parole des

"usagers" n'est pas suffisante par elle-même. Il n'y a pas à sacraliser une "parole-de-l'usager", comme si le fait qu'elle soit dite par un usager était suffisante comme garantie de sa validité. Évidemment, cela n'est pas suffisant pour affirmer la validité du concept d'appropriation du pouvoir. Nous devions donc finir ce travail par une analyse de la valeur épistémologique du concept.
Le texte qui suit présente succinctement une définition de l'appropriation du pouvoir, individuel et collectif, par et pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale:

L'appropriation du pouvoir (empowerment) en quelques mots[351]

L'appropriation du pouvoir fait référence au processus par lequel une personne retrouve son autonomie et acquiert une plus grande maîtrise de sa vie.
Le processus d'appropriation du pouvoir s'enclenche bien souvent par une prise de conscience, celle qu'il est possible d'avoir un plus grand contrôle sur ce qui est important pour soi (la personne conscientise qu'elle peut «agir» et qu'elle n'a pas seulement à «subir»).
Bien sûr, l'appropriation du pouvoir ne veut pas dire abus de pouvoir! Elle n'est pas un état de fait, mais une démarche permettant à la personne d'acquérir les habiletés qui lui permettront de contrôler davantage sa vie et son destin.
L'appropriation du pouvoir est à l'opposé de la prise en charge de la personne. Elle favorise l'autonomie et permet d'augmenter l'estime de soi, de réduire l'isolement. De par son essence même, la démarche d'appropriation du pouvoir est source d'espoir et offre aux personnes la motivation nécessaire pour rechercher des solutions à leurs problèmes, leur permettant ainsi d'obtenir un meilleur contrôle sur leur vie au quotidien.
Le fait de devenir autonome ne signifie pas qu'il faille régler seul ses problèmes. Utiliser des ressources existantes (personnelles, communautaires, publiques, privées), c'est aussi faire preuve d'autonomie.

[351] AGIDD-SMQ, *Être délégué régional, c'est quoi?,* Cahier du formateur, annexe 3, mars 2008.

Quatre composantes essentielles à l'appropriation de son pouvoir	***Quatre éléments de l'appropriation du pouvoir individuel et collectif dans une démarche d'amélioration de la santé mentale***
La participation	*Pouvoir choisir : avoir la possibilité d'exercer des choix libres et éclairés.*
La compétence	*Pouvoir participer activement aux décisions qui ont un impact sur sa vie.*
L'estime de soi	*Pouvoir actualiser son potentiel personnel, professionnel et social.*
La conscience critique	*Pouvoir connaître, comprendre, exercer et défendre ses droits.*

Complétons cette définition de l'appropriation du pouvoir donnée par une organisation d'usagers en santé mentale (l'AGIDD-SMQ) par un dernier texte qui émane de l'Organisation Mondiale de la Santé, preuve, s'il en était besoin, de la reconnaissance institutionnelle de l'empowerment :

Les 19 indicateurs de l'*empowerment* en santé mentale[352]

Protection des Droits de l'Homme

1. Les usagers des services de santé mentale[♦] ont le droit de vote.
2. Les usagers des services de santé mentale ont le droit de remplir des fonctions officielles.
3. Le pays dispose d'une législation du travail interdisant la discrimination à l'emploi fondée sur un diagnostic ou des antécédents de maladie psychique.
4. Le pays concerné dispose d'une législation du travail qui couvre les besoins des familles et aidants.

Inclusion dans la prise de décision

5. Les usagers des services de santé mentale et leurs proches prennent part à l'élaboration de la politique et de la législation sur la santé mentale.
6. Les usagers des services de santé mentale et leurs proches ont les capacités requises pour prendre part au processus de conception, de

[352] OMS Europe 2010 Traduction Stéphanie Wooley

[♦] Personnes qui, soit par le passé soit actuellement, ont eu ou ont recours à des services de santé mentale

planification et de mise en œuvre des services de santé mentale.

Soins de qualité supérieure et responsabilité des services

7. Les personnes vivant avec un problème de santé mentale et leurs proches ont accès à des services de santé mentale convenables et adaptés.
8. Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ont accès aux services de santé généraux, tout comme les autres citoyens.
9. Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ont la possibilité de s'impliquer activement dans la planification et l'adaptation de leurs soins.
10. La famille et les proches des personnes vivant avec un problème de santé mentale a ont la possibilité de s'impliquer activement dans la planification et l'adaptation des soins.
11. Les usagers des services de santé mentale et leurs proches prennent part au contrôle et à l'évaluation des services de santé mentale.
12. Les personnes vivant avec un problème de santé mentale et leurs proches sont impliqués dans l'éducation et la formation du personnel des services de santé mentale.

Accès à l'information et aux ressources

13. Les usagers des services de santé mentale ont un droit d'accès à leur dossier médical.
14. Les personnes faisant l'objet de mesures judiciaires en raison de leurs problèmes de santé mentale ont accès à une assistance juridique abordable.
15. Les personnes en situation de handicap causé par un problème de santé mentale et leurs proches ont un accès équitable aux prestations sociales.
16. Des fonds publics sont disponibles pour les organisations nationales d'usagers et de proches et familles d'usagers.
17. Des informations et une éducation appropriées et accessibles concernant les services et les soins sont à la disposition des personnes ayant des problèmes de santé mentale.
18. Des informations et une éducation suffisantes sont à la disposition des proches des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale afin de leur apporter un soutien dans leur rôle d'aidants.
19. Le système d'allocations sociales accorde une compensation financière aux aidants.

La parole des intéressés:

1) Philippe Guérard

Le texte suivant reproduit le début de l'intervention de Philippe Guérard, Président de l'Association Advocacy France et invité à intervenir dans le cadre du colloque de l'AGIDD-SMQ. Ce texte est un récit de vie. Nous pensons que les récits de vie sont des éléments de connaissance permettant d'étayer le débat philosophique. Il trouve pour nous toute sa place ici, car il éclaire l'articulation des concepts et de la vie concrète. Nous verrons qu'il n'y a pas d'appropriation du pouvoir sans discrimination préalable. Nous verrons aussi qu'appropriation du pouvoir individuelle et appropriation du pouvoir collective sont indissociables.

" Bonjour, je m'appelle Philippe Guérard et voici mon histoire personnelle. Président d'Advocacy France, je suis tout à la fois handicapé physique et handicapé psychique. Ma première hospitalisation en psychiatrie, c'est pour avoir été trouvé, à l'âge de 20 ans, dans la chambre d'une jeune femme consentante. C'était dans un CAT. Ils ne m'ont pas gardé à l'HP, mais je me souviens encore de cette humiliation ; je me suis révolté intérieurement, mais je n'ai rien pu dire Pourtant : POURQUOI ? POURQUOI, est-ce que j'ai été traité comme ça ? Qu'avais-je fait de mal ? Pourquoi est-ce que je n'étais pas traité comme tout le monde ? Pourquoi est-ce que je n'avais pas le droit de draguer et de plaire ? EST-CE QUE JE N'ÉTAIS PAS UN HOMME COMME UN AUTRE ?

J'ai été frappé d'une hémiplégie à l'âge de 13 ans. Mais déjà à ce moment-là, mon père m'a appris la dignité. C'était un homme digne, mon père, mais aussi exigeant. Il n'a pas voulu que je me plaigne et que je me fasse dorloter. Il m'a donné une binette et il m'a dit « Il n'y a pas de raison pour que tu ne fasses pas du jardin. Fais ce que tu pourras, mais fais-le ». Bon ,je passe sur les moqueries quotidiennes dans le village. Il a fallu me scolariser en classe spéciale. C'est en tout cas ce que les spécialistes ont dit à mes parents.

On était dans les années 60. Et puis après, je me suis retrouvé en CAT. La filière, quoi ! <u>On ne m'a pas demandé mon avis</u>. Choisir sa Vie, c'est pas mal ! D'abord, j'ai été dans un CAT-fourre-tout à Barenton. Ils avaient réuni là toute la misère du monde : Des bancales, des débiles, des cinglés, nous tous, quoi ! pour les faire travailler. Remarquez, déjà à l'époque j'étais du

genre révolté et on a fait une grève à cause de la bouffe. Peut-être à cause de l'exemple de mon père qui était ouvrier communiste, ou d'avoir été dans des mouvements de jeunesse, la JOC, etc.

Après Barenton, j'ai été dans un autre CAT spécial pour handicapés physiques. Je ne sais pas si je m'étais assagi, mais il faut croire que je faisais moins peur. Quoique, l'histoire de la fille et de l'HP, c'était là, à Valognes. Pour ceux qui ne connaissent pas, Valognes, c'est dans la Manche, et Barenton, dans l'Orne. Alors que moi, je suis un gars de Rots, à côté de Caen préfecture du Calvados.

Alors, je me suis battu pour quitter le CAT. J'avais gardé des amis de la JOC, à Caen , comme Désiré Lepoil, un curé et j'ai passé le concours des emplois réservés aux personnes handicapées de la Ville de Caen. C'est comme ça que j'ai travaillé au Théâtre de Caen. Et j'ai pris une chambre meublée dans la rue Caponière. C'est la rue où il y a l'hôpital psychiatrique. Au théâtre, j'étais gardien de nuit et une nuit j'ai envoyé valser le directeur au téléphone en croyant que c'était quelqu'un qui me jouait une farce. Ça a fait mal et je ne suis pas resté au théâtre, mais comme j'étais fonctionnaire municipal titulaire, j'ai été muté à la bibliothèque où je m'occupe de la bibliothèque sonore pour les aveugles. C'est comme ça que j'ai connu Agnès, dans un café, en centre-ville.

Agnès , elle était de Nevers, mais elle était arrivée à Caen, parce qu'il y a près de Caen un drôle de Foyer, le Foyer Léone Richet, qui reçoit des personnes en situation de handicap psychique. Agnès, ça lui a permis de quitter l'hôpital psychiatrique de la Charité sur Loire, puis une fois dans ce foyer, de faire les démarches pour ne plus avoir de tutelle. C'était une fille superbe, Agnès, et vachement intelligente

J'en parle au passé, parce qu'elle est morte du cancer du fumeur, bêtement, il y a 3 ans. C'était une femme qui pouvait être très déprimée, qui n'en sortait pas mais aussi très généreuse, et sans elle, je n'aurais pas pu faire tout ce que j'ai fait au niveau associatif et municipal. J'y pense souvent. Et puis, évidemment je n'aurais pas pu faire Emmanuel, notre fils, tout seul. On a vécu ensemble plus de 20 ans, avec des hauts et des bas, comme dans tous les couples. On n'a pas hésité à demander des aides quand on avait besoin : aides ménagères, AEMO, Maison d'enfants et même occasionnellement

placement familial pour Manu, quand c'était trop lourd. Avec Agnès , j'ai découvert combien quelqu'un pouvait être invalidé par une psychose profonde, mais aussi, stigmatisé comme fou. Agnès avait quitté son foyer pour un studio rue d'Enfer (parlez d'un nom!) mais rapidement, elle m'a rejoint rue Caponière (je vous rappelle que c'était dans la rue de l'hôpital psychiatrique). Un jour, elle va au tabac, elle feuillette une revue. Le patron l'engueule. Elle lui répond. Et comme elle est connue de l'H.P., hop, ni une ni deux, elle se retrouve à l'H.P. Moi, de mon côté, je rentre du boulot, je ne la retrouve pas, je me fais du mauvais sang. Les voisins m'apprennent qu'elle a été embarquée à l'H.P. Je vais voir son toubib, je m'énerve un peu mais ce coup-là, moi, ils ne m'ont pas gardé.

Il ne faut pas croire que je fais de l'antipsychiatrie.

Ça serait complètement débile de penser que l'on n'a pas besoin de soin et que l'on n'a pas besoin de service. Agnès a été hospitalisée plein, plein de fois, et suivie en extrahospitalier, en hôpital de jour, en libéral, etc. Moi aussi, j'ai été hospitalisé quand j'en ai eu besoin. J'ai même dû faire une H.D.T pour Manu, l'été dernier, et croyez-moi, c'est dur et sur le coup, il m'en a voulu et pourtant c'était nécessaire.

Comme je vous l'ai dit, on a fait appel à plein de services sociaux quand on avait besoin. Même si parfois, c'était surtout pour se rassurer (je peux le penser après coup), ça permet alors de ne pas perdre pied et de repartir. Faire appel à un service c'est complètement autre chose qu'une orientation. Ce qui est terrible, dans l'orientation, c'est qu'on cesse d'être une personne humaine pour être un cas, «une psychose» ou «une patte folle». On va vous faire rentrer dans une case au lieu d'étudier vos besoins. La loi du 11 février 2005 est une bonne loi avec la notion de projet personnalisé. Dommage qu'elle ne soit pas appliquée.

Lutter contre la discrimination, c'est lutter pour le respect. Et vivre comme tout le monde, c'est lutter contre la discrimination. Ça ne veut pas dire que tout est permis. Et dans ces conditions tant pis s'il y a des gens aigris que ça embête.

S'il faut des aides de « compensation » pour vivre comme tout le monde, il faut les créer. Actuellement, en santé mentale, elles n'existent pratiquement pas. L'institution doit être le dernier recours et alors, l'institution doit

respecter l'intimité de la personne, ses effets, son droit de faire des choix, refuser l'arbitraire. L'institution ne doit pas être un ghetto mais inscrite dans la cité. Aujourd'hui, je suis conseiller municipal de mon village, vice-président de la Commission des Droits et à l'Autonomie de la Maison Départementale du Calvados, je représente les usagers au conseil d'administration du CHS de Caen.

Pourtant, beaucoup de gens nous voient mais ferment les yeux parce qu'on fait peur, mais si on fait peur c'est parce qu'on refuse de nous connaître. Respect, Dignité, lutte contre la Discrimination et la stigmatisation, ça passe par la fraternité et la solidarité. Tout ça, ce n'est pas pipeau. On vit dans un monde où chacun est de plus en plus individualiste. Et pourtant, c'est tous ensemble qu'on doit revendiquer le droit d'être considérés comme des êtres humains.

C'est donc dans le cadre de l'action collective que ces positions prennent du sens.

Nous, les usagers des services de santé et du social, souhaitons une évolution de la «prise en charge» vers «la prise en compte».Nous devons bien sûr être et rester acteurs de notre vie, de notre santé, des actes de soin, de nos besoins sociaux. Nous demandons de l'aide face à une détresse. Nous espérons une réponse d'accompagnement, de soutien, et non pas une prise en charge balayant nos demandes, nos revendications.

Les professionnels chargés dans leur mission de notre accompagnement doivent prendre en compte notre vécu et notre expérience pour trouver ensemble le chemin de la reconstruction. Savoir rebâtir l'édifice ébranlé par la maladie, consolider les pièces fortes et les acquis, mais ne jamais repartir de rien.

L'expérience de la souffrance, des difficultés génère des armes ; nous sommes volontaires pour des alliances soignants/soignés – écoutants/écoutés – analysants/analysés.

Nous souhaitons et pouvons faire évoluer les politiques et les pratiques de santé mentale dans la société tout entière. Nous sommes citoyens, usagers et nous revendiquons notre droit à la connaissance de la maladie dans notre vécu, notre quotidien.

Nous vivons, au sein de nos associations d'usagers, dans un esprit de

participation active dans des champs comme l'éducation à la santé et d'entraide mutuelle, au-delà de la vision consumériste.

Notre participation active à la recherche de solutions et d'alternatives ne vise pas seulement la lutte contre la maladie, mais aussi les impacts dans notre vie quotidienne au sein de la cité. Ce n'est pas en nous « muselant », « ficelant », «enfermant»… que nous progresserons vers un mieux-être, mais au contraire en étant libre et participatif dans les solutions thérapeutiques et sociales.

Personne ne doit oublier nos compétences ; nous devons éveiller nos envies, étayer nos projets, accompagner nos pairs dans les efforts face aux difficultés, échanger nos expériences… Voilà ce qu'une association d'usagers peut activer, parallèlement et en complémentarité de toute aide médico-sociale.

Nous sommes des citoyens, et notre place est celle de personnes responsables de leur vie malgré la maladie.

Ce qu'il faut bien voir, c'est que je tiens ces propos à partir de mon expérience personnelle, qui prend sens dans le cadre de l'Association que je préside.

Notre devise est « Quand des personnes peu habituées à parler seront entendues par des personnes peu habituées à écouter, alors de grandes choses pourront arriver ».

Autre grand principe : Toute personne a droit au respect, et l'on doit considérer qu'une personne peut être en situation de handicap et aussi « en capacité »

Enfin : Il est essentiel de se sentir « en droit de », pour réaliser des choses avec d'autres, pour se réaliser dans son humanité. Pour cela, le respect et la fraternité, le regard positif et l'écoute par les pairs et la société sont des principes préalables ".[353]

[353] Ph.Guérard."L'appropriation du pouvoir en France".in AGIDD-SMQ :*l'appropriation du pouvoir: ensemble ,on y gagne Actes de la journée de réflexion et d'échange sur l'appropriation du pouvoir*..AGGID- SMQ. Montréal 2010 p17-29

2) Jean-Nicolas Ouellet:

Le denier texte est composé d'extraits de l'exposé de Jean-Nicolas Ouellet, en ouverture du colloque. Dans son intervention: "L'appropriation du pouvoir : un concept au bout de ses promesses?", celui-ci reprend l'histoire de l'évolution des concepts couramment utilisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en matière de santé mentale au Québec. Il les appelle des mots valises, car dit-il , ils peuvent contenir une foule de choses très différentes. Il les analyse à la lumière de son expérience d'usager et d'acteur de l'appropriation du pouvoir. Jean-Nicolas Ouellet est actuellement coordonnateur du groupe de promotion-vigilance CAMÉÉ à Montréal:

"Développé dans les années 1980, le concept de donner aux personnes du pouvoir d'agir sur leur situation a fait son chemin petit à petit et s'est imposé vingt ans plus tard. Comme le concept était peu ou mal connu et encore moins compris, il a été résolu de produire un document de référence s'adressant autant aux professionnels qu'aux personnes qui utilisent les services de santé mentale tant du réseau public que des organismes communautaires : le guide sur l'appropriation du pouvoir (Paroles et parcours d'un pouvoir fou 2004). Ma démonstration s'appuie sur l'idée qu'avoir des problèmes de santé mentale c'est perdre du contrôle ou même perdre le contrôle sur sa vie, par la nature même du problème ou par ses conséquences. Appropriation et réappropriation c'est le processus et qu'avoir du pouvoir d'agir[354] *c'est le résultat de ce processus.*

Les mots valises en psychiatrie:

***Désinstitutionnalisation** : Le début d'un temps nouveau, la rupture avec l'ordre ancien. La personne reprenait son droit de vivre dans la cité. On a juste oublié de désinstitutionnaliser la psychiatrie et les psychiatres.*

***La primauté de la personne :** [C'est l'idée] Que la personne sera au centre des préoccupations. Clé de voûte de la politique de santé mentale de 1989. C'est pourtant le système, qui était toujours au centre des préoccupations.*

***Le PSI, plan de soins individualisé** : On n'échappera plus personne. On va penser à tout. Les patients sont sortis des institutions, l'argent n'a pas suivi. Mais là, on a trouvé comment faire. On a oublié que toute personne qui a des problèmes de santé mentale a droit à la liberté et que la planification à*

[354] C'est Ouellet qui souligne dans tout le texte.

outrance niait cette liberté. Les patients ne voulaient plus s'évader de l'asile mais du PSI.

***L'appropriation du pouvoir** : le nouveau paradigme lors de la transformation des services de santé mentale de 1998. . On aurait eu besoin à ce moment-là de ce qui se construit avec la mobilisation des personnes*

***Le rétablissement** :On change de mot-clé. En 2003, l'appropriation du pouvoir, notion encombrante j'imagine, a été tassée du chemin, par le changement de ministre. Plutôt que de bâtir sur ce qui était déjà en place, on a lancé un nouveau paradigme.*

L'appropriation du pouvoir versus le rétablissement

A - Le rétablissement est un mot du vocabulaire médical. Il sort les professionnels de la santé d'une posture de gardiennage et les amène à entretenir une attitude d'espoir C'est important de croire que la personne que l'on aide va s'en sortir. Cependant, il faut faire attention à comment la notion de rétablissement est comprise. Que recouvre ce concept selon la position que l'on occupe ? Avec des attentes uniquement médicales, avec des outils diagnostiques comme le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) on peut facilement en rester à des considérations purement centrées sur le contrôle des symptômes.

Une personne qui n'expérimente plus aucun symptôme peut être parfaitement gelée par les médicaments. Elle ne voit plus d'araignées sur le mur mais elle ne voit plus le mur non plus. Est-elle mieux ? Certes, d'une certaine façon, elle ne souffre pas. Mais vit-elle ? À la limite, ne pas ressentir de symptôme est aussi une caractéristique d'une personne décédée.

Comment est-ce que l'on se rétablit ? Quand est-on rétabli ? Qui détermine que l'on est rétabli ?

Il faut faire attention de déterminer des voies obligées, des buts qui seraient ceux d'une normalisation, d'un cheminement prévu qui ne tienne pas compte des rêves et des aspirations de la personne. On ne doit pas confondre la réadaptation et le rétablissement. Le normal pouvant vite devenir une espèce de vision stéréotypée de la façon idéale de vivre.

Ce que l'on voit avec le rétablissement et qui ne s'applique pas dans une approche d'appropriation du pouvoir, c'est l'émergence de modèles reproductibles pour tout le monde. Une taille pour tous. Dans une démarche

d'appropriation du pouvoir le processus est souvent plus important que le résultat. On n'est jamais sûr du résultat de nos démarches, mais on en sort grandi de ce que l'on a appris, notamment avoir appris comment fonctionne le système et avoir appris à se faire respecter.

B – L'appropriation du pouvoir est une notion radicale.

Pour moi, l'appropriation du pouvoir est une notion radicale, c'est-à-dire sans compromis. Comme il n'y a pas de compromis quant au respect d'un droit : on le respecte ou on ne le respecte pas.

C'est la personne qui peut nous dire si elle sent qu'elle reprend du pouvoir sur sa vie. Elle[l'appropriation du pouvoir]place la personne au centre des décisions qui la concernent. Elle est l'inverse du modèle médical paternaliste. Nous ne sommes plus dans la prise en charge. On éclate les derniers murs de l'asile dans la cité. Dans ce sens, il serait inconcevable de déménager quelqu'un d'une résidence à une autre sans que cette personne n'ait son mot à dire. Ce sont pourtant des situations que l'on rencontre encore et qui n'aident pas la personne à se rétablir. Elle doit participer au constat qui mène à la réflexion sur l'opportunité de déménager et participer activement à la décision.

Elle va au-delà du simple contrôle des symptômes qui est une part non négligeable du rétablissement. Elle implique la notion de s'autodéterminer, de faire soi-même ses choix de vie. Pour choisir, la personne doit comprendre. Et pour bien comprendre, elle doit participer à la discussion en regardant elle aussi les alternatives.

***Choisir, participer, comprendre :** Ce sont les 3 piliers de l'appropriation du pouvoir.*

3 verbes que l'on conjugue à tous les temps, mais toujours à la première personne, du singulier ou du pluriel.

La personne est l'experte de son propre cas. Elle ressent les symptômes. Si on l'écoute pour le diagnostic, on doit aussi l'écouter après le diagnostic. C'est un effet pervers de la psychiatrie qui n'a pas de marqueur physique de la maladie. Sans notre parole il n'y a pas de diagnostic. Mais après le diagnostic, notre parole est folle.

La personne ressent aussi les effets du traitement, médicamenteux surtout. Elle doit avoir son mot à dire parce que tout l'arsenal médical est utilisé

pour qu'elle se sente mieux

Le rétablissement n'est que personnel, il n'a pas de dimension collective.

L'appropriation du pouvoir peut prendre un aspect collectif qui lui interpelle le social. Peut-il y avoir rétablissement sans appropriation du pouvoir ? Pour moi, non. Pour moi, se rétablir ce n'est pas que ressentir moins de symptômes ou avoir une vie qui ressemble ou se conforme à celle des voisins. Il faut avoir le sentiment que malgré tout, j'ai plus de pouvoir sur ma vie que lorsque j'étais moins bien.

Si on poursuit un objectif de contrôle des symptômes, on passe à côté d'une partie importante de l'expérience des personnes. Parce qu'il y a des effets sur le rapport à soi et au monde : la socialisation, la contribution à la société par le travail ou l'implication sociale, sur les revenus donc la personne lutte contre la pauvreté, ce qui a un impact sur sa capacité à avoir un logement et bien d'autres aspects de la vie qui ne sont pas dans la liste des symptômes qui décrivent la maladie.

Élément paradoxal pour le médecin : il y a des gens qui préfèrent vivre avec une certaine quantité de symptômes plutôt que d'accepter les effets d'une quantité de médicaments qui les étoufferait complètement.

Appropriation du pouvoir et entraide

L'entraide c'est une forme et un moyen de l'appropriation du pouvoir. Toute personne qui a vécu une expérience a priori négative peut en faire profiter les autres. L'entraide redonne confiance parce qu'elle donne compétence à partir de ce que l'on a retenu pour vaincre les difficultés ou surmonter des échecs. On n'a pas traversé le désert pour rien, on est devenu guide. C'est une transformation de l'expérience qui nous sort de la position de victime. L'entraide fait en sorte que chaque être humain puisse un jour sentir la vie réussir en lui. Cela place la personne dans une posture différente : elle devient compétente.

Appropriation du pouvoir et droits

C'est encore ici une différence majeure avec le rétablissement qui lui ne parle pas de respect des droits. Cette identité positive, on l'a quand on se sent respecté et considéré comme une personne à part entière"[355].

[355] J-N Ouellet "L'appropriation du pouvoir :un concept au bout de ses promesses?" in AGIDD-SMQ: *l'appropriation*..op cit p8-16

Les disability studies

Nous avons été tentés de commenter dans le fil du texte les propos de J-N Ouellet, tant celui-ci nous a paru exprimer l'authenticité de la problématique, de la logique de discours de l'appropriation du pouvoir, notamment sur ce qui la différencie de la logique du discours psychiatrique. Nous y avons renoncé, estimant que cette authenticité se suffisait à elle-même. La démarche qui est décrite ici, comme chez Philippe Guérard, est une revendication d' expertise. Cette pensée s'inscrit dans ce que Gary Albrecht nomme les Disability Studies. Nous ne rentrerons pas aujourd'hui dans le débat de savoir s'il faut faire rentrer le trouble psychiatrique dans le champ du handicap ou non. Les québécois s'y refusent, jugeant cela trop stigmatisant, quand les animateurs du Réseau Mondial des Usagers et Survivants de la Psychiatrie , auteurs du Manuel d'utilisation de la Convention de l'ONU des Droits des Personnes Handicapées le revendiquent. Nous appuyons notre propos sur le sentiment que les deux démarches sont non seulement isomorphes mais identiques. Albrecht, Ravaud et Sticker nous disent à propos des Disability Studies: "L'expression anglo-saxonne des "*disability studies*" n'a pas d'équivalent simple en français... Les *disability studies* acquièrent dans plusieurs pays un statut de courant académique autonome à l'instar de ce qui s'est fait dans le domaine des "*women studies*" ou *"ethnic studies*"...Les personnes concernées, qui sont actrices de leur devenir et de leur libération, sont considérées comme détentrices de savoirs propres que le chercheur extérieur n'a pas....L'originalité des *disability studies* n'est pas seulement dans la place, y compris scientifique, donnée aux "usagers", n'est pas seulement dans l'interdisciplinarité, n'est pas seulement dans l'existence d'un mouvement de personnes handicapées, bref n'est pas dans la liste des caractéristiques que l'on peut énumérer, mais dans la rencontre, dans l'intrication de ces éléments...c'est pourquoi l'expression *disabily studies* ne peut trouver un équivalent français adéquat."[356] Est-ce pour cela que les québécois francophones et nord-américains sont plus accessibles que les français à la logique de l'empowerment? Habitués à défendre une culture minoritaire, ils sont fiers d'appartenir à une terre de croisement de peuples. Mais ce qui est

[356] G.Albrecht, JF Ravaud, H-J. Sticker: *L'émergence des disability studies: état des lieux et perspectives* . Sciences sociales et Santé, vol 19, n°4 2001 p 44-45

intéressant dans le mouvement des disability studies, et qui se recoupe avec les propos de Ph.Guérard et de J-N.Ouellet, c'est qu'elles s'opposent au mode de pensée réadaptatif. Nous reprenons largement les citations de l'article d'Albrecht et al qui le montrent, et ce d'autant plus que cette article est lui-même une recension des travaux sur la question: "A postériori, nous voyons que les *disability studies* s'opposent à ce qu'il est convenu d'appeler les sciences de la réhabilitation (*réhabilitation sciences*). Elles opèrent par rapport à celles-ci un véritable renversement de problématique. Le modèle de la réadaptation repose sur les notions de déficiences et d'incapacités, lesquelles relèvent des professions médicales et constituent des facteurs individuels relevant de la santé. L'évolution par rapport au modèle médical curatif antérieur avait déjà déplacé le projecteur vers le niveau fonctionnel, celui des capacités et des restrictions d'activités...Mais le chemin va essentiellement de l'individu vers la société. La limite d'une telle perspective ouvre le terrain de prédilection des *disability studies*, dont le point de départ est toujours la société et ses barrières...Ce n'est plus à l'individu à s'adapter à l'environnement social, mais à celui-ci à s'adapter aux individus. C'est pourquoi la notion de nouveau paradigme a été utilisée (de Jong 1979)"[357] " Les spécialistes du handicap introduisent un changement de paradigme majeur dans la pensée conceptuelle, en détournant l'attention du modèle médical traditionnel, qui met l'accent sur la physiopathologie à base organique de l'individu, vers la notion de handicap comme étant dû en grande partie au traitement par la société des personnes qui fonctionnent différemment de la norme. Au lieu de considérer le handicap comme une imperfection apparente dans la constitution physique ou mentale d'un individu, signifiant un défaut de fonctionnement physique, mental ou psychique, ils remirent en cause l'importance accordée aux déficiences individuelles, pour rendre compte des problèmes rencontrés par les personnes handicapées. Ils se centrèrent au contraire sur l'environnement physique et les barrières socialement construites comme l'exclusion, l'inaccessibilité, les préjugés et la discrimination (Priestley,1998)"[358]" Au congrès de 1993 de la "Society for Disability Studies", un panel présidé par S.Linton a donné la définition

[357] *ibid* p 46
[358] *ibid* p 55

suivante, utilisée depuis par de nombreux spécialistes: " Les disability studies restructurent l'approche du handicap en se centrant sur lui en tant que phénomène social, construction sociale, métaphore et culture, utilisant un modèle de groupe minoritaire. Elles utilisent les idées relatives au handicap sous toutes les formes de représentations culturelles tout au long de l'Histoire, et analysent les politiques et pratiques de toutes les sociétés afin de comprendre les déterminants sociaux plutôt que physiques ou psychologiques de l'expérience du handicap. Les disability studies tout à la fois émanent du, et soutiennent le, mouvement pour les droits des personnes handicapées, qui plaide pour les droits civiques et l'autodétermination. Ce point de vue détourne l'attention portée au paradigme prévention/traitement/remède en faveur du paradigme social/politique/culturel. Ce changement ne signifie pas le déni de l'existence de déficiences ni le rejet de l'utilité d'interventions et de traitements. Au lieu de cela, les disability studies se sont développées pour dégager les déficiences du mythe, de l'idéologie et du stigmate qui influencent interactions et pratiques sociales. Cette discipline conteste ainsi l'idée que les statuts économiques et sociaux ainsi que les rôles assignés aux personnes handicapées sont des conséquences inévitables de leur condition"(Linton 1998)"[359]. Comme le font remarquer les auteurs de l'article, les expressions de "modèle social", de "modèle minoritaire" est difficile à utiliser dans le contexte français, mais on peut se trouver d'accord avec le fait que le handicap doit se penser en rapport avec d'autres phénomènes sociaux car il est prioritairement un "construit social". A ce construit social, les disability studies répondent. Face à la question de l'oppression ils suggèrent des changements culturels et sociaux destinés à renforcer la qualité d'acteurs pour les personnes handicapées. **L'émancipation est une valeur cruciale ainsi qu'un objectif clé**. [360] Les auteurs de l'article insistent sur la valeur épistémologique de la connaissance des usagers: "Ce n'est pas seulement une expérience et des revendications qu' apportent les usagers (du handicap, de la misère, du genre), c'est une connaissance de même force que la connaissance plus discursive et utilisant des protocoles expérimentaux du chercheur. Il faut

[359] *ibid* p59
[360] C'est nous qui soulignons

qu'elle s'exprime en tant que telle. On pourrait avancer qu'il s'agit là de la même méthode que celle de l'anthropologue, mais consciemment menée par les sujets concernés."[361]

Nous étions partis du sentiment d'une identité d'approche de l'appropriation du pouvoir et des disability studies. Nous pouvons dire maintenant que les disability studies sont le support conceptuel du mouvement des personnes handicapées dont la revendication d'émancipation, (exprimée par le mot d'ordre " Nothing about us, without us", " Rien à notre sujet sans nous"), est l'appropriation du pouvoir. L'entraide, la lutte pour les droits (les droits sociaux mais aussi et peut-être surtout les droits fondamentaux, ce qui explique la place très grande des droits de l'homme) et la vie indépendante sont les formes concrètes essentielles de cette revendication d'émancipation, de cette appropriation du pouvoir. Nous avons vu que pour Albrecht et al, l'expérience des usagers est un terme qui s'applique aux personnes en situation de handicap mais aussi à celle qui sont dans la misère ou au combat féministe.

Si le témoignage de l'usager est condition nécessaire indispensable à la (re)connaissance du dire de l'usager (et plus précisément, dans le cadre de notre recherche de la personne en souffrance psychique), pouvons nous dire, pour autant, qu'il soit suffisant? N'y aurait-il pas alors le risque d'une "sacralisation" de la parole de l'usager qui deviendrait vérité, à partir du moment où elle serait proférée par un usager? Certes, nous partageons avec les auteurs des disability studies l'idée que les usagers sont porteurs d'un authentique savoir. Certes, nous souscrivons au fait que sa valeur tient dans ce qu'il s'inscrit dans un discours militant, un discours d'émancipation. Certes enfin, nous prenons acte, avec J.F. Ravaud du fait que "Au delà de ces clivages relativement traditionnels opposant individu et milieu, médical et social, il semble que ce soit actuellement la question du sujet et l'approche identitaire qui fasse défaut pour aller vers un modèle général et une approche du handicap réellement intégrative".[362] Mais plusieurs questions demeurent auxquelles on ne peut tenter de répondre , nous semble-t-il, que par un travail d'analyse conceptuel. Nous nous limiterons à en repérer quelques jalons.

---

[361] G.Albrecht et al, art cit p65

[362] J.F.Ravaud : *Modèle individuel, modèle médical, modèle social: la question du sujet*. Handicap n°81.1999.p64

Nous éviterons de traiter de ce que l'empowerment n'est pas. Nous avons vu, dans les textes de Philippe Guérard et de Jean-Nicolas Ouellet qu'il ne faut pas confondre l'appropriation du pouvoir avec la résilience (que Ouellet nomme le rétablissement, en traduisant en français le recovery anglais). Ils montrent également bien que ce mouvement, dont les usagers ont l'initiative ne saurait être assimilé à un service social qui "donnerait la parole aux usagers" [363] et, que ce mouvement que les disability studies qualifient de mouvement d'émancipation n'a jamais revendiqué d'être un mouvement de libération. Même quand, dans l'après 68, les femmes créent le MLF, le Mouvement de Libération des Femmes, les usagers les plus antipsychiatriques ne revendiqueront pas une "libération des fous" (libération de qui et quoi? Il faudrait alors le préciser).[364] Leur journal est alors "Psychiatrisés en lutte", ce qui est différent. Si les associations européennes et mondiales regroupent les "users" et les "survivors"[365] c'est pour faire travailler ensemble ceux qui militent au sein de la psychiatrie et ceux qui la critiquent. Ph. Guérard comme J-N.Ouellet sont très explicites sur le fait qu'ils ont besoin ,ou peuvent avoir besoin de services. Ils revendiquent le droit d'y faire appel et récusent le fait que ceux-ci leur soient imposés apriori.

Préalables épistémologiques

Comment donc ce mouvement d'émancipation peut-il se définir philosophiquement?

Traiter de la discrimination dont sont l'objet les personnes reconnues comme " malades mentales" et de leur capacité de prise de parole suppose que soient éclaircis deux préalables épistémologiques.

Le premier tient dans la contradiction apparente entre le fait de refuser la différence (en luttant contre la discrimination) et le fait d'affirmer la différence (puisqu'elles sont reconnues comme malades mentales).Cette contradiction apparente est au cœur du sujet traité, au cœur de la question de l'altérité et de la "mêmeté". Nous disons qu'elle est apparente en nous

[363] Nous nous opposons ici clairement à A. Ehrenberg qui écrit: " La clinique psychosociale est un empowerment à la française" dans La société du malaise. Odile Jacob Paris 2012 p 391

[364] C. Deutsch . *Contribution à l'histoire des usagers en santé mentale en france*. Médiapart juillet 2010

[365] Enusp: European Network of Users and Survivors in Psychiatry .Wnusp :World Network of Users and Survivors in Psychiatry

appuyant sur l'expression " reconnues comme ". Cette expression fait la différence avec la notion d'une essence établie comme une vérité. C'est à ce titre que nous soutenons que " le-fou " n'existe pas. Par ailleurs, nous reconnaissons que des personnes sont unies par une ***communauté de destin***. Nous irons jusqu'à parler du « Peuple des Malavivre ».Sans aller jusque-là dans cette présente recherche (car il faudrait parler alors de culture commune), on voit bien que cette notion de communauté de destin nous autorise à parler au pluriel "des fous", des " malades mentaux ", des " personnes en situation de handicap psychique" (concepts qui ne se superposent pas mais se complètent) à l'image de Sartre qui définit la question juive par l'anti-sémitisme.

La deuxième contradiction apparente a à voir avec la question ambiguë de la prise de parole : S'agit-il de la prise de parole du sujet singulier, ou d'une prise de parole collective ? Les deux registres ne sont pas les mêmes. L'étude de la prise de parole individuelle nous renvoie à une approche phénoménologique, psychanalytique, voire clinique autour de cette question : " Qu'est-ce qui va faire que la parole folle va être invalidée par le récepteur, ou pas ?", alors que l'émergence de la parole collective renvoie à une approche politique, sociologique voire éthique, autour de la question de la reconnaissance d'une communauté devenue visible dont la présence peut être perturbante pour l'ordre social. Nous voyons bien que nous ne sommes pas sur les mêmes plans. Pourtant P.Ricoeur nous permet de sortir de ce dilemme grâce à la référence aux *apories de l'ascription*: " La personne, en tant que terme référentiel, dit-il, reste une des "choses" dont nous parlons. En ce sens, la théorie tout entière des particuliers de base est comme aspirée par une *quelque chose en général* (souligné par lui) qui , confrontée à la requête de reconnaissance de l'*ipse* développe **une résistance comparable quoique différemment argumentée** (souligné par moi)"[366] . Il nous faudra donc, pour reprendre cette belle expression, dans la mise en parallèle du discours individuel et du discours collectif nous attacher à montrer ce qui est comparable et ce qui est différemment argumenté.

Au demeurant, il ne s'agit pas, dans l'empowerment, pour l'intéressé, d'être reconnu "comme" malade, mais bien d'être reconnu comme personne. Pour

[366] P.Ricoeur: *la mémoire, l'histoire, l'oubli* Le seuil Paris 2000 p155

reprendre une formule que nous aimons, il ne s'agit pas d'être reconnu comme une "personne-à-part", mais comme une "personne-à-part-entière". G. Le Blanc le dit très justement: "Désirer être reconnu comme exerçant tel travail, c'est désirer être reconnu comme sujet d'actions spécifiques. En revanche, désirer être reconnu comme "malade" ou membre d'une communauté ethnique ou culturelle apparaît comme beaucoup plus ambigu. Non que ce désir soit illégitime, mais s'agit-il réellement d'un désir de reconnaissance?...L'identité de soi n'est jamais présupposée à l'origine du parcours de la reconnaissance mais elle est toujours conquise au terme de ce parcours."[367]

Si nous attachons tellement d'importance au champ d'inscription de l'empowerment sur lequel nous nous sommes centrés, à savoir celui des personnes étiquetées folles, c'est bien parce que leur action de "reconquête" est secondaire à la disqualification, disqualification qui peut aller jusqu'au déni de responsabilité, c'est-à-dire de capacité de parler pour soi-même. Cette revendication de "parler pour soi-même" ne veut évidemment pas dire que le langage ne serait pas aliéné. Par définition, le langage est le véhicule symbolique de l'échange humain. C'est pourquoi la prise de parole et la revendication d'avoir une vie à soi sont si importantes dans la dynamique de l'empowerment. Nous ne développerons pas ce point plus avant. La problématique de la reconnaissance est un phénomène complexe et cela nous entrainerait trop loin.[368]

Lévi-Strauss et Lacan

Si l'éclairage philosophique apporté par le croisement des recherches de M. Mauss et C. Lévi-Strauss d'une part, S. Freud et J. Lacan d'autre part nous paraît si fécond, c'est parce que, justement, il se situe au niveau de la fonction symbolique comme définition de la condition humaine. C'est ce rapport au symbolique qui donne sens à l'engagement politique quand il est pris dans la question de la prise en compte. Et c'est la question du statut social du "fou" qui est la pierre d'angle de cette réflexion, comme le montre la lecture des premières pages de l'Introduction à l'Œuvre de Marcel Mauss de C. Lévi-Strauss. Une phrase éclaire l'ensemble du passage :"**En fait, c'est la**

[367] G. Le Blanc "La reconnaissance à l'épreuve de la méconnaissance "in S. Haber(dir) *Des pathologies sociales aux pathologies mentales* .Presses universitaires de Franche-Comté 2010

[368] Travail crucial pour notre recherche et que nous envisageons pour ultérieurement.

notion même de *maladie mentale* qui est en cause"[369].

C. Lévi-Strauss ouvre le propos en lui donnant toute sa dimension politique. C'est cette dimension politique qui donne toute la dimension éthique à la recherche épistémologique qui va suivre. Lévi-Strauss appuie son argumentation sur un article Mauss de 1934 " Les techniques du corps"[370]. Dans cet article, Mauss montre " la façon dont chaque société impose à l'individu un usage rigoureusement déterminé de son corps"[371]." J'appelle technique un acte *traditionnel efficace*...Il faut qu'il soit *traditionnel et efficace*"[372]. Mauss prend d'abord des exemples dans la nage, la marche, la position de la main pour montrer que "toute technique proprement dite a sa forme. "Mauss recourt à la notion d'habitus. " Ce que Mauss décrit, c'est un processus qui engage l'homme, c'est un fait total, dans ce sens où ce n'est pas seulement un comportement social, c'est un "habitus". Nous voulons renforcer notre propos en disant que cela "habite" l'homme."[373]

Ce qui intéresse Lévi-Strauss, c'est le fait "qu'il n'y a pas, dans le monde, un seul groupe humain qui ne puisse apporter à l'entreprise une contribution originale. Il s'agit d'un patrimoine commun accessible à l'humanité...[il s'agit]de rendre chaque homme sensible à la solidarité, à la fois intellectuelle et physique, qui l'unit à l'humanité tout entière. L'entreprise serait aussi éminemment apte à contrecarrer les préjugés de race ...On montrerait que c'est l'homme qui, toujours et partout, a su faire de son corps un produit de ses techniques et de ses représentations...Elle [cette connaissance des modalités d'utilisation du corps humain] apporterait des informations d'une richesse insoupçonnée sur des migrations, des contacts culturels, transmis de génération en génération"[374]. Claude Lévi-Strauss interpelle la communauté internationale en lui rappelant son bien commun, sa richesse à travers la diversité. C'est un outil précieux de lutte contre le racisme et toutes les discriminations.

---

[369] C. Lévi-Strauss: "Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss" (référencé ultérieurement IOM) in Mauss Marcel *Sociologie et anthropologie* PUF. Quadrige Paris 2003 p xxii. C'est C.Levi- Strauss qui souligne les mots maladie mentale.

[370] M Mauss *Les techniques du corps* in *"Sociologie et anthropologie"* op cit p 365 à 386

[371] Lévi-Strauss IOM pxi

[372] M.Mauss art cit p 371.C'est Mauss qui souligne.

[373] En écrivant cela nous pensons à la relation entre "habiter " et "être" et de la relation entre résider et vivre, c'est-à-dire occuper un espace en l'animant et en le construisant. En allemand "bauen" signifie à la fois bâtir et habiter (cf S.Reisnik. *Psychose et personne* Payot1973 p27)

[374] IOM p xiv

Margaret Mead qui a été, en 1948, l'une des fondatrice de la Fédération Mondiale de Santé Mentale, écrira de son côté : " Un à un, des aspects du comportement que nous avions coutume de considérer comme faisant invariablement partie de la nature humaine, se révélèrent être simplement des résultantes du milieu."[375]

C'est bien de la place de la folie dont traite Lévi-Strauss introduisant aux écrits de M. Mauss : **"Les conduites individuelles anormales**, dans un groupe social donné, **atteignent au symbolisme, mais sur un niveau inférieur** et dans un ordre de grandeur et incommensurable à celui dans lequel s'exprime le groupe. **Il est donc à la fois naturel et fatal que, symboliques d'une part et traduisant de l'autre (par définition) un système différent de celui du groupe, les conduites psychopathologiques individuelles offrent à chaque société une sorte d'équivalent, doublement amoindri (parce que individuel et parce que pathologique) de symbolismes différents du sien propre, tout en étant vaguement évocateurs de formes normales et réalisées à l'échelle collective."[376]**

Les propos de Lacan rentrent en résonnance avec la lecture de Lévi-Strauss. N'avait-il pas dit, au 3ème Colloque de Bonneval: " Le risque de la folie se mesure à l'attrait même des identifications où l'homme engage sa vérité et son être. Loin donc que la folie soit le fait contingent des fragilités de son organisme, elle est la virtualité permanente d'une faille ouverte dans son essence. Loin qu'elle soit pour la liberté "une insulte"[377], elle est sa plus fidèle compagne, elle suit son mouvement comme une ombre. Et l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de sa liberté"[378]. A travers la question de l'identification, c'est au symbolique que Lacan se réfère, et non à l'étiologie. .

Tâchons de résumer ce que nous retenons de ces propos entrecroisés: 1.Les conduites "anormales", "pathologiques", "folles" sont des conduites

[375] M.Mead *Adolescence à Samoa* in *Mœurs et sexualité en Océanie* Plon Paris 1963 Pocket 2004 p 368
[376] IOM p xvii. C'est nous qui soulignons.
[377] Rappelons qu'Henri Ey avait défini la maladie mentale comme pathologie de la liberté.
[378] Lacan J. "Propos sur la causalité psychique" in .Ey H (Dir) *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses (3ème colloque de Bonneval)* Tchou 2004. Repris in Lacan. J: *Ecrits.* Le Seuil. Paris 1966.

humaines. 2.Les conduites humaines sont naturellement liées à la fonction symbolique (c'est-à-dire de l'échange). A ceci les conduites pathologiques n'échappent pas. 3. Elles expriment un rapport particulier à l'ordre symbolique normal , (ceci étant lié au destin des identifications d'après Lacan.)

Mais, dans la suite du texte, nous voyons que Lévi-Strauss ne porte pas son regard sur la place de la folie, mais sur la place des "fous" dans la société, à travers la question du rapport des individus à la culture: " **Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques** au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer... les relations que ces deux types de réalité [physique et sociale] entretiennent entre eux...Qu'**ils n'y puissent jamais parvenir de façon intégralement satisfaisante** résulte des conditions de fonctionnement propres à chaque système**...Il résulte qu'aucune société n'est jamais intégralement et complètement symbolique; ou plus exactement, qu'elle ne parvient jamais à offrir à tous ses membres, au même degré, le moyen de s'utiliser pleinement à l'édification d'une structure symbolique qui, pour la pensée normale, n'est réalisable que sur le plan de la vie sociale....La santé de l'esprit individuel implique la participation à la vie sociale, comme le refus de s'y prêter** (mais encore selon des modalités qu'elle impose) **correspond à l'apparition des troubles mentaux"**[379]**.** Le passage qui suit est encore plus éloquent: "Dans toute société, **il serait inévitable qu'un certain pourcentage d'individus se trouvent placés**, si l'on peut dire **hors du système**...Dans ces conduites aberrantes**, les "malades"**[380]**ne font que transcrire un état du groupe et rendre manifeste telle ou telle de ses constantes**. Leur position périphérique par rapport à un système local n'empêche pas qu'au même titre que lui[381] **ils ne soient partie intégrante du système total."**[382]

Pour bien comprendre Lévi-Strauss, il faut bien avoir à l'esprit cette phrase: " **Deux ordres** [personnalité et culture] **ne sont pas, l'un par rapport à**

[379] IOM p xix et xx
[380] les guillemets sont de Lévi-Strauss
[381] il s'agit du système local
[382] IOM p xx

l'autre, dans une relation de cause à effet". Lévi- Strauss ne cherche pas à expliquer la pathologie mentale mais à montrer la fonction sociale de ceux que l'on considère "malades". Pour Lévi-Strauss, ceux-ci parlent un certain langage, qui n'est pas le langage commun, ce qui les met, certes, dans une position particulière, mais toujours à l'intérieur du système humain. Par la phrase où il nous dit que les malades retranscrivent un état du groupe, manifestent une de ses constantes, Lévi-Strauss ne dit pas que la folie aurait une étiologie sociale. Il dit que le discours des "fous" est une manière de parler. Ce passage est déterminant pour notre propre recherche.

Lévi-Strauss poursuit: "Ou les **prétendues maladies mentales**[383] sont étrangères à la médecine et [sont] des incidences sociologiques sur la conduite d'individus...soit la présence d'un état vraiment pathologique d'origine physiologique créerait un climat "sensibilisateur" à certaines conduites symboliques interprétables sociologiquement".[384] **"Une théorie purement sociologique pourrait être élaborée sans crainte de voir un jour les physiologistes découvrir un substrat bio-chimique des névroses"**[385].

Nous ajoutons, quand à nous, non seulement bio-chimique mais aussi génétique ou fonctionnel. Nous avons acquis cette certitude à la lecture du très beau livre d'Oliver Sacks: *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Ce livre décrit des "cas" de personnes atteintes, nous dit Sacks (et nous n'avons aucune raison d'en douter) de détériorations et lésions importantes du systèmes nerveux. Toutes ces personnes: la vieille dame, le marin, les jumeaux, le musicien se réapproprient leurs capacités, ou du moins une bonne partie de leurs capacités à partir du moment où Sacks (et d'autres autour de lui) leur parle et prend en compte ce qu'ils peuvent manifester. La question de l'efficience, c'est-à-dire de la valeur de la conduite se pose alors, indépendamment de la recherche étiologique (qu'elle soit individuelle ou sociale). Toute personne peut se réapproprier ses capacités à partir du moment où elle se voit écoutée et reconnue : « Dans le syndrome de Korsakov, dans la démence ou dans d'autre catastrophes du même genre, si graves que soient les dégâts organiques qui entraînent cette dissolution " humienne", il reste toujours la possibilité entière d'une restauration de l'intégrité grâce à l'art,

[383] C'est nous qui soulignons cette expression de L-S.
[384] IOM pxix
[385] IOM pxix

la communion, le contact avec l'esprit humain et cette possibilité demeure même là où nous ne voyons de prime abord que l'état désespéré d'une destruction neurologique »[386]. "Même dans cette hypothèse [la découverte d'un substrat bio-chimique des névroses], dit Lévi-Strauss, la théorie resterait valide" " En fait, c'est la notion même de *maladie mentale* qui est en cause. Car si, comme l'affirme Mauss, le mental et le social se confondent, il y aurait absurdité, dans les cas où le social et le physiologique sont directement en contact, d'appliquer à l'un des deux ordres une notion (comme celle de maladie) qui n'a de sens que dans l'autre". [387] La référence à Mauss s'impose en effet totalement, à travers le concept de celui-ci de "faits sociaux totaux" .[388] "Nous ne parlons même plus en terme de droits, nous parlons d'hommes et de groupes d'hommes parce que ce sont eux, c'est la société, **ce sont des sentiments d'hommes en esprit, en chair et en os, qui agissent de tout temps et ont agi partout."**[389] Le phénomène pathologique est un fait total au sens de Mauss. On ne peut considérer le phénomène pathologique indépendamment de sa reconnaissance et de son traitement.

De son côté, Lacan définit "une **expérience** qui est **subjective** par sa constitution même" (dans laquelle l'agressivité se manifeste). "Elle[la psychanalyse] suppose donc un sujet qui se manifeste comme tel à l'intention d'un autre". "Cette subjectivité ne peut nous être objectée...en l'éliminant par l'appareil enregistreur"" Seul un sujet peut comprendre un sens, inversement tout phénomène de sens implique un sujet". " Constituée entre deux sujets dont l'un joue dans le dialogue un rôle d'idéale impersonnalité, l'expérience peut être reprise par l'autre sujet avec un troisième."[390]

" Ces phénomènes mentaux qu'on appelle les images...dont les acceptions sémantiques confirment leur valeur expressive...elle [la psychanalyse] est partie de leur fonction formative **dans <u>le sujet</u>**[391] et a révélé que si les images courantes déterminent telles inflexions des tendances, c'est comme variations des matrices...que nous faisons répondre à l'antique appellation d'imago." [392]

---

[386] O.Sacks *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Le Seuil Paris1988 p60

[387] IOM pxxii

[388] M.Mauss *Essai sur le don* in *"Sociologie et anthropologie"* op cit p 274. Mauss emploie p 151 le terme de système des prestations totales

[389] ibid p264

[390] J.Lacan "L'agressivité en psychanalyse" in *Ecrits* Le Seuil 1966 p 102-103

[391] c'est nous qui soulignons.

[392] J.Lacan "L'agressivité en psychanalyse" in *Ecrits* Le Seuil 1966 p104

Ces quelques citations n'ont pas pour but d'opposer un symbolique-selon-Lacan à un symbolique-selon-Lévi-Strauss. On sait bien que Lacan a trouvé une part de son inspiration dans la lecture de Mauss et de Lévi-Strauss. On sait aussi que la notion de sujet est quant à elle totalement étrangère à Lévi-Strauss, au point que Foucault revendiquera l'héritage de Lévi-Strauss dans son concept de destitution du sujet. Nous cherchons simplement à montrer que la dimension du sujet, de l'appareil psychique, de l'élaboration psychique a toute sa place dans une lecture psychanalytique (celle de Lacan) qui prend en compte le symbolique, voir le met en position centrale, dans l'entre-deux du sujet et du monde, articulé au réel et à l'imaginaire.

Le détour par Oliver Sacks est nécessaire comme révélateur de la dynamique intersubjective des capacités, problématique essentielle dans l'appropriation du pouvoir. La capacité est ici liée à la reconnaissance a-priori de capabilité.[393] Doutez de quelqu'un, il sera maladroit .Face à la tâche, il regardera sur le côté. Faites lui confiance, il regardera l'obstacle bien en face et s'y affrontera avec hardiesse, gage d'une meilleure réussite.

Nous voudrions, en fin, citer le passage du texte sur "l'agressivité en psychanalyse" où Lacan décrit le stade du miroir : "Il y a là une première captation par l'image où se dessine le premier moment de la dialectique des identifications. Il est lié à un phénomène de Gestalt...Mais ce qui démontre le phénomène de reconnaissance, impliquant la subjectivité, ce sont les signes de jubilation triomphante et le ludisme de repérage qui caractérisent dès le sixième mois la rencontre par l'enfant de son image au miroir" .[394]

[393] Nous empruntons ce concept à Amartya Sen: *Repenser l'inégalité* Le Seuil Paris 2000

[394] J.Lacan "L'agressivité en psychanalyse" in *Ecrits* Le Seuil 1966 p 112

Conclusion: Pour introduire l'appropriation du pouvoir.

Aline est cataloguée comme schizophrène.[395] A l'issu d'un parcours thérapeutique en institution elle se sent apte à reprendre une vie normale..Le professeur de psychiatrie dont elle a été la patiente à l'hôpital de conclure alors "Ceci prouve que cette patiente n'était pas schizophrène mais hystérique ". (sic)

Il ne s'agit pas de contester le bien-fondé de la volonté de soigner, de la volonté de guérir, ni le bien-fondé d'une démarche rationnelle fondée sur le désir de trouver une cause à une souffrance réelle. Il convient d'abord de s'interroger sur les fondements épistémologiques d'une démarche scientifique dont le sujet est l'être humain. Mais, au-delà, il s'agit de considérer que ce qui justifie alors l'appel au médical, ce n'est plus la recherche de la cause, mais l'écart à la norme. Il y a des personnalités normales et des personnalités pathologiques. Ce qui définit le pathologique, c'est l'écart à la norme.

L'écart au comportement normal est difficilement niable. Mais quand nous disons " le fou est incapable ", " le fou est incompréhensible", "le fou est subversif", "le fou est inquiétant", "le fou est dangereux", "le fou est insupportable", qu'est-ce que nous faisons, sinon désigner quelqu'un comme différent parce que ce qui est justement insupportable c'est de considérer ses manifestations comme potentielles en nous ?

La référence au médical sert ici à marquer une différence. Elle est mise au service de l'établissement d'une hiérarchie entre le normal (bon) et le pathologique (mauvais), d'un rapport de pouvoir : l'homme a ainsi besoin de classer et d'exclure.

Pourquoi ? Il revient à la recherche, du double point de vue de la construction de la pensée et de l'approche historique, de nous éclairer sur ce point.

La question n'est donc pas de savoir si la folie est une maladie ou pas mais de s'interroger sur la situation des personnes désignées comme folles. Aujourd'hui, on leurs refuse le droit de vote, comme hier aux femmes, comme avant-hier aux employés de maison, (considérés en 1791 comme dépendants du maître). Aujourd'hui on recherche le dysfonctionnement du métabolisme du cerveau ou la malformation chromosomique. Hier en Allemagne, on exterminait les malades mentaux et les juifs, au nom de la pureté de la race, avant-hier on brûlait les possédés et les juifs (déjà) au nom de la lutte contre

[395] Ceci fait référence à l'introduction.

le malin et pour la seule vraie foi, à l'exclusion de tout autre. Quel est l'enjeu ?

Antonin Artaud le dit à son éditeur : " Je suis un homme qui a beaucoup souffert de l'esprit, et à ce titre j'ai le droit de parler". Et ailleurs: "Il ne s'agit pour moi de rien moins que de savoir si j'ai ou non le droit de continuer à penser, en vers ou en prose". On voit ici que pour l'intéressé, l'enjeu est essentiel, et pourtant Jacques Rivière va lui répondre: "Avec un peu de patience, vous arriverez à écrire des poèmes parfaitement cohérents et harmonieux."

Alors Artaud va insister: "Un quelque chose de furtif qui m'enlève les mots que j'ai trouvés, qui diminue ma tension mentale, qui détruit au fur et à mesure dans sa substance la masse de ma pensée, j'en voudrais dire seulement assez pour être enfin compris et cru de vous. Et donc faites-moi crédit. Admettez je vous prie, la réalité de ces phénomènes, admettez leur furtivité, leur répétition éternelle ..." [396]Artaud parle-t-il dans le désert ?

Ce texte fait écho à un autre texte, celui d'Arto Paasalina: " *le Meunier Hurlant* "[397].Dans ce très beau conte/récit, l'auteur nous décrit un homme simple qui monte sur le toit de son moulin pour hurler la nuit. Il indispose le village qui l'enverra à l'hôpital psychiatrique pour ne plus l'entendre mais la gentille postière saura partager sa vie.

Ici, on entrevoit qu'il y a une possibilité, que le malentendu n'est pas total. S'il existe une possibilité, c'est que cela est possible.

Sans doute, pour entendre faut-il écouter au lieu de parler à la place de. C'est ce que Sarah nous enseigne dans :" les Enfants du Silence "[398]: "Les gens m'ont toujours dit qui j'étais et je les ai laissés faire. Elle veut ceci, elle pense çà. Et la plupart du temps, ils se trompaient. Ils n'avaient aucune idée de ce que je disais, voulais, pensais et ils n'en auront aucune. Ce signe ∞, unir, il est simple mais il signifie être uni à quelqu'un tout en restant soi-même c'est ce que je veux, mais tu penses pour moi, tu penses pour Sarah comme s'il n'y avait pas de Sarah……Jusqu'à ce que tu me laisses être moi, comme toi tu es toi, tu ne pourras jamais entrer dans mon silence ou me

[396] A. Artaud: Correspondance avec Jacques rivière.in l'Ombilic des limbes. Gallimard Paris 1954 p19 à 47
[397] Arto Paasalina "*le Meunier Hurlant* "Denoël 1991
[398] Les enfants du silence, film de Randa Haines avec Marlee Matlin et William Hunt 1986 adapté de la pièce de Mark Medoff,(1980) traduite et adaptée en français par J.Dalric et J.Collard

connaître, et je m'interdirais, moi, de te connaître. Jusqu'à ce que ça n'arrive, jamais nous ne pourrons être comme ceci: ∞ unis. "[399].Le fait que Sarah soit une personne sourde-muette et non une personne en souffrance psychique (en théorie), ne nous égare pas mais, au contraire, éclaire notre propos, car il permet de restituer le problème au sein du problème plus large des personnes handicapées. C'est l'une des révolutions de notre époque que le changement de paradigme qui voit les passages d'un modèle paternaliste à un modèle de participation citoyenne des personnes handicapées en général. Sarah, diront certains, a la langue bien pendue, et pourtant elle a besoin d'un traducteur pour s'exprimer au sein des normaux qui ne connaissent pas la langue des signes. Le problème est différent pour les insensés qui vont utiliser la langue sans que leur parole ne prenne sens pour l'interlocuteur. A y regarder de près, est ce que le problème est différent ?

Est- ce que, dans un cas comme dans l'autre, le problème au lieu d'être considéré comme un déficit personnel ne peut pas être considéré comme un obstacle à la vie sociale de la personne considérée ? C'est la question que pose à la société la lecture de la Convention de l'ONU sur les Droits des Personnes Handicapées faite par le Réseau Mondial des Usagers et Survivants de la Psychiatrie. Il ne s'agit pas de nier une différence mais d'inverser les postulats et au lieu de se poser la question de l'insertion de la personne dans la société par la réduction de sa folie, de se poser la question de l'inclusion sociale de la personne en souffrance psychique par l'accessibilité sociale mise en œuvre. Pour les WNUSP (Réseau Mondial des Usagers et Survivants de la Psychiatrie),[400] la conséquence de la reconnaissance de la dignité humaine pour toutes les personnes handicapées est l'abandon des lois spécifiques qui les concernent, de toutes les lois spécifiques, y compris sur l'hospitalisation sous contrainte et sur les tutelles. Pour permettre l'accès aux droits généraux, les sociétés doivent mettre en place des dispositions particulières, équivalent social des plans inclinés réalisés pour permettre l'accès aux personnes à

[399] Il ne s'agit pas de l'infini mais de 2 anneaux enchaînés réalisés par ses doigts et mal représentés graphiquement ici.

[400] Word Network of Users and survivors of Psychiatry: *Implementation manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities* diffusé sur internet:http://wnusp.rafus.dk/crpd.html.

mobilité réduite, etc....Substituer par exemple, l'accompagnement à la prise de décision au mandat donné à un tiers pour qu'il prenne la décision pour l'intéressé incapable est tentant, si c'est réalisable , sinon c'est un vœux pieux au mieux , ou un changement de vocabulaire hypocrite, au pire. Est-ce donc réalisable, et si oui comment ?

Ceci nous met une fois de plus face à la question du regard que nous portons sur la personne et sur la société. Parler de ce regard, c'est parler de nos attentes à l'égard de l'une et de l'autre. Un homme n'est pas une machine. Les capacités d'un homme sont éminemment variables selon le contexte dans lequel celui-ci va évoluer. Souvent, face à des situations extraordinaires vécues, on va se demander : Comment était- ce possible ? Et les acteurs de répondre : " C'est ainsi, nous l'avons fait".

L'expérience est encore plus probante dans le quotidien où notre capacité va être sans cesse confrontée au regard de l'autre:

-Va-t-il nous sous estimer ? Nous allons nous même échouer dans l'entreprise.

-Va-t-il nous faire confiance ? Nous trouvons en nous des énergies qui peuvent même nous étonner.

Le regard positif de l'autre nous permet de prendre confiance, et cette fois en nous même, ce regard positif sur nous même nous permet d'investir positivement nos buts.

A l'inverse, l'individu privé de ses droits sur son destin ne va-t-il pas risquer de perdre toute humanité ...même " Si c'est un homme " ? [401](Primo Levi).

Partir de ces considérations permet de dépasser le débat sur la part organique de la dite :" détérioration psychique" . Comme on l'a vu, dans:" L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau " le grand neurologue Oliver Sacks, s'attache à montrer que toute personne peut se réapproprier ses capacités à partir du moment où elle se voit écoutée et reconnue . On nous objectera que s'il suffisait de bonnes paroles pour guérir de la folie, cela se saurait depuis longtemps. Nous serions alors suspectés d'une " antipsychiatrie primaire" qui ne tient compte ni de la souffrance psychique de l'homme fou, ni de l'échec où le conduit son comportement hors norme. Bref, nous serions suspectés de nier la folie de l'homme, de vouloir supprimer les gardes-fous à la société.

[401] Primo Lévi .*Si c'est un homme* Julliard Paris 1987.

Si tout est permis à l'insensé, où va-t-on ?

L'ensemble de ces objections sont **guidées par la peur** et conduisent peu ou prou à des comportements de maîtrise. Ce dont il s'agit, en effet, est bien d'accepter l'homme avec sa folie. Reconnaître l'homme avec sa folie n'est pas tout accepter, même l'inacceptable. Cela serait même un déni de reconnaissance. C'est d'une certaine manière déjà ce qui est en cause dans le non-lieu pour irresponsabilité psychiatrique. Il y a quelque chose d'étonnant à dire à quelqu'un dont on suppose qu'il est dans le déni de réalité :" Votre crime n'a pas à être jugé" Le crime alors n'est par reconnu. A-t-il eu lieu ?

Les deux questions auxquelles nous sommes confrontés sont celle du sens de la peur et celle de la possibilité d'accueil de la pensée et de la parole folles. Blaise Pascal nous ouvre la porte quand il dit " Les hommes sont si nécessairement fous que ce serait être fou par un autre tour de folie de n'être pas fou ". [402]

C'est bien parce que la folie est éminemment humaine qu'elle fait peur. C'est une idée maintenant fort bien acceptée que c'est " l'inquiétante étrangeté " de la folie qui fait peur, son aspect à la fois si proche et si déconcertant, familier et incompréhensible. Si l'on prend cela comme un fait, on prend rarement le temps de l'analyser. Qu'est-ce qui justement dans la folie est à la fois si proche et si différent ? Pour tenter de répondre à cela, il faut prendre le temps d'écouter.

-Ecouter l'angoisse qui cherche à se dire par là.

-Ecouter la perte du sentiment continu d'exister.

-Ecouter l'hyper-mimétisme et l'hyper-centralité.

-Ecouter la révolte existentielle, le refus de la mort, de la condition de mortel, qui passe par la revendication de toute puissance.

Pourtant , comme dit A. Artaud: "Bien heureux quand cette incertitude n'est pas remplacée par l'inexistence absolue dont je souffre parfois ". [403]

Dans un deuxième temps, il faut mettre cette écoute en perspective avec le rapport de l'homme au temps et à la mort, et sa recherche pour se confronter à cet inconnu. La mort est un phénomène à la fois très concret que je vis à travers la mort des autres et très abstrait car jamais je ne pourrais faire

[402] Cette citation, rappelons-le, débute la préface de 1961 de *l'histoire de la folie* de Foucault

[403] A.Artaud op cit p20

l’expérience de la mort. C’est à partir de la confrontation à la mort que l’homme va tenter de remplacer l’absence par une forme, qu’il invente le signe, que la parole remplace le cri. Déjà le cri lui-même est signe de reconnaissance et c’est par lui que la mère buffle et la mère manchot retrouvent leur petit au sein de la horde.

Mais quelque chose va différencier l’homme de l’animal ; Quelque chose que Vercors va appeler dans " Les animaux dénaturés", "les gris-gris", l’objet symbolique par lequel l’homme désigne son rapport à son destin. C’est dans cette archéologie de la parole qu’il faut rentrer pour appréhender tout à la fois la réalité de la parole folle et le refus de l’entendre. Individuellement et collectivement, les personnes en souffrance psychique sont souvent, trop souvent, dans la situation du meunier hurlant perché sur son toit. **Reconnaissons, ce qu'ils revendiquent pour eux-mêmes, leur geste de l'appropriation du pouvoir.**

Bibliographie

AGIDD-SMQ, Association des groupes d'Intervention en Défense des Droits au Québec *Être délégué régional, c'est quoi?,* Cahier du formateur, annexe 3, mars 2008.

AGIDD-SMQ : *Actes de la journée d'échange et de Reflexion sur l'appropriation du pouvoir :l'Appropriation du pouvoir, ensemble , on y gagne* AGIDD-SMQ. Montréal2010

Albrecht G, Ravaud JF, Sticker HJ: *L'émergence des disability studies: état des lieux et perspectives* .Sciences sociales et Santé 19/4. 2001

Antonioli.M. *Deleuze et l'histoire de la Philosophie* Kimé paris 1999

Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient l'imaginaire groupal* dunod paris 1981

Artaud. A *Lettre à J.Rivière du 5.06.1923* in *l'ombilic des limbes* Gallimard. Paris 1968

Association "Schizo,oui!": *Psychiatrie: l'accès aux soins des personnes incapables de consentir* .Mai 2006

Austin J.L *Quand dire, c'est faire.* Le Seuil, Paris 1970

Barnes M et Berke J: *Mary Barnes, Un voyage à travers la folie* . Le Seuil Paris 1973

Basaglia F.: *Les criminels de Paix,* PUF 1980

Beers .Cl. *Esprit perdu , esprit retrouvé* .Payot. Paris 1951

Bernard Y : *"L 'évolution de 1838 à aujourd'hui"* in R.Lepoutre et J de Kervasdoué (dir) Odile Jacob Paris 2002

Bion W :*Recherches sur les petits groupes* Puf 1965

Bonnafé. L:. *Désaliéner? Folie(s) et société(s)* PUM Toulouse 1991

Bonnafé. L. *Transiter dans la crise* in Transition n°1 ASEPSI 1979

Brody E.B :*The search for mental Health A history and Memoir of WFMH* Sans tache.USA 1998.

Butler.J. : *Ce qui fait une vie*. L a Découverte 2010

Camus A . *L'homme révolté* .Gallimard . Paris 1951

Canguilhem. G. *Ecrits sur la médecine*. Paris. Seuil 2002

Canguilhem: G. *Le normal et le pathologique*..PUF 1966

Canguilhem. G. "Ouverture" in Roudinesco E (dir): *Penser la folie*. Galilée Paris 1992

Canguilhem G. "Sur l'histoire de la folie en tant qu'évènement" in *Le Débat* n°41/ 1986 Gallimard. Paris 1986

Castel F, Castel R. .Lovell A : *La société psychiatrique avancée*. Grasset . Paris 1979

Castel R.: *Le Psychanalysme* F.Maspero.Paris 1973

Castel R. "Les aventures de la pratique ".in *Le Débat* n°41 op cit

Cavell S.:.*Le déni de savoir dans six pièces de Shakespeare* .Le Seuil .Paris.1993

de Certeau M*: La prise de parole*. Le Seuil 1994

Clavreul J : *L' ordre médical* Seuil Paris 1978

Clément Ph. : *La forteresse Psychiatrique*. Flammarion-Aubier. Paris 2001

Coldfy M (coord): *La prise en charge de la Santé Mentale", recueil d'études statistiques*. La documentation française 2007

Cooper D. *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Le Seuil Paris 1970

Coupechoux, P: *Un Monde de fous*. Le Seuil Paris 2006

Deleuze G .: *Différence et Répétition* PUF 1968

Deleuze G. : *Logique du Sens*. Minuit 1969

Deleuze G. "Jean Hyppolite, logique et existence" in Deleuze G et Guattari F *Ile Déserte* Minuit Paris 2002

Deleuze.G. *Critique et clinique* Minuit 1993

Deleuze.G. *Empirisme et subjectivité*. PUF 1953

.Deleuze G et Guattari F.: *Capitalisme et schizophrénie, t1:l'Anti-Oedipe* Minuit. Paris 1972

Deleuze G et Guattari F : *Mille Plateaux* Minuit Paris 1980

Deleuze G et Guattari F : "Capitalisme et schizophrénie" traduit et reproduit dans *Ile Déserte* op cit

Deligny F. *Lettre à Félix Guattari* , Archives IMEC 31 octobre 1977

Derrida J: .*Cogito et Histoire de la folie* Conférence au collège philosophique du 4 mars 1963 publié dans la Revue de Métaphysique et de la morale et reproduite dans J.Derrida. *L'écriture et la différence*

Derrida. J. *L'écriture et la différence*. Le seuil 1967.Points-essais

Deutsch C: *De la prise en charge à la prise en compte* VST 113.2012

Deutsch C " *L' Advocacy, un concept et des actions de lutte contre l'exclusion, la disqualification, la discrimination*". in *Processus d'exclusion* Au fil du mois Revue CREAI PACA-C 11/2004

Deutsch C."*Vous avez dit entraide mutuelle?"* in VST 112Paris .2011

Deutsch. : C *L'institution ,outil d'action thérapeutique*, Thèse de Doctorat de psychologie. Paris V Descartes 1985

Deutsch . C: *Contribution à l'histoire des usagers en santé mentale en France*. Médiapart juillet 2010

Deutsch J. *Le ver qui prenait l'escargot comme taxi* Le Seuil ,2007

Dosse F: *Gilles Deleuze , Félix Guattari, biographie croisée* .La découverte .Paris 2009

Doussinet H. *Le docteur Pierre Doussinet. Fondations et Croisades*.in Arveiller (dir) *Pour une psychiatrie sociale* Erès 2002

Dutoit. M. *Etre vu, se voir, se donner à voir*. L'Harmattan Paris 2011

Dutoit M et Deutsch C. *Advocacy, une recouvrance* in *Domination et révolte* VST 89 Paris2006

Ehrenberg A *La société du malaise*. Odile Jacob Paris 2012

Ehrenberg A et Lovell A. (Dir) : *"La Maladie mentale en mutation* "Odile Jacob. Paris 2001

Ehrenberg A et Lovell A :"Pourquoi avons nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie" in A. Ehrenberg et A.Lovell *:La Maladie mentale en mutation* (dir) op cit

Eribon D: *Michel Foucault* Flammarion 1989

Erikson E:. *Enfance et société* Delachaux et Niestlé Neuchâtel 1966

.Ey H (Dir) *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses (3ème colloque de Bonneval)*
Tchou 2004

Ey H (Dir):*L'Inconscient (6è Colloque de Bonneval)* copyright Tchou. Bibliothèque des Introuvables Paris 2004

Ey H:"Introduction" et "Allocution finale du 3ème Colloque de Bonneval" . Ey H (Dir) *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses* .op cit.

Follin S et.Bonnafé L :"A propos de la psychogénèse" *in.* Ey H (Dir) *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses* .op cit.

Foucault M *Folie et Déraison Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon Paris 1961.réédité sous le titre *Histoire de la folie à l'âge classique* Gallimard, Paris 1972 (sans la préface) Coll Tel 1976

Foucault M., *Préface à Folie et Déraison* in Foucault *Dits et Ecrits* I, 1954-1975 Quarto Gallimard 2001

.Foucault M "Vetità e potere", entretien avec A.Fontana et P.Pasquino préface de *Microfiscica del potere*. Turin Einaudi 1974

Foucault M *: L'ordre du discours* Gallimard Paris 1971.

Foucault. M : *Le pouvoir psychiatrique* Gallimard Paris 2003

Foucault. M : *Les Anormaux* Gallimard Paris 1999

Foucault. M: *Les mots et les choses.* Gallimard Tel Paris 1966

Foucault. M. *La volonté de savoir* Gallimard Paris 2011

.Foucault M "Réponse à Derrida". in *Dits et écrits* op cit

Foucault M.: *Hommage à Jean Hyppolite* PUF 1971

Fourquet F. et Murard: *L' Histoire de la psychiatrie de secteur* Recherches 1980

Fresco J: *Les bagnes d'enfants, Dieu merci ,ça n'existe plus*. Maspero ,Paris 1974

Freud.S: "L'esquisse d'une psychologie scientifique". in Freud .S. *La naissance de la Psychanalyse*. PUF, Paris
1979

Freud. S. "L'inquiétante étrangeté" in S. Freud. *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Gallimard Folio Paris 1985

Gaille, M. "Préface" in Gaille, M.(Dir) *Philosophie de la médecine* .Vrin 2011

Garrabé J.*:La dimension sociale de la psychiatrie française* in Arveiller (dir) *Pour une psychiatrie sociale* op cit

Gasser Jet Stigler,M. *Diagnostic et clinique psychiatrique du temps de DSM* in Ehrenberg Alain et Lovell Anne(Dir) : *"La Maladie mentale en mutation* op cit

Gauchet. M et Swain G: .*La pratique de l'esprit humain* Gallimard Paris 1980

Gentis.R. *Les schizophrènes*. CEMEA Scarabée Paris 1969

Goffman E :. *Asiles* Minuit Paris1968

Goffman E: .*Stigmate*s .Minuit Paris 1975

Gori R., Del Volgo MJ : *La santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*. Denoël Paris 2005

Grivois: H. *Parler avec les fous*. Les empêcheurs de penser en rond/le seuil 2007

Guattari F *Psychanalyse et Transversalité* François Maspero, Paris 1972

Guattari F " La psychothérapie institutionnelle",(texte daté 1962-63) in .Guattari F *Psychanalyse et Transversalité* op cit

Guattari F "Le transfert" (1964) in Guattari F *Psychanalyse et Transversalité* op cit

Guattari F "La transversalité " (1964) in Guattari F *Psychanalyse et Transversalité* op cit

Guérard. Ph:" L'appropriation du pouvoir en France".in AGIDD-SMQ :*l'appropriation du pouvoir: ensemble ,on y gagne Actes de la journée de réflexion et d'échange*..op cit

Haber S. (dir) *Des pathologies sociales aux pathologies mentales* .Presses universitaires de Franche-Comté 2010

Habermas J : "Les sciences humaines démasquées par la critique de la raison: Foucault "in *Le Débat n°41* 1986 op cit Extrait: *Discours Philosophique de la modernité* Suhrkamp Verlag , Frankfurt am Main 1985

Haines R: *Les enfants du silence*, film avec Marlee Matlin et William Hunt 1986 adapté de la pièce de Mark Medoff,(1980) traduite et adaptée en français par J.Dalric et J.Collard

Hansotte M. *Les intelligences citoyennes* De Boeck Université Bruxelles 2002

Jaeger M. (Dir) :*Usagers ou citoyens?* Dunod, Paris 2011

Jaspers K: *Psychopathologie générale* . Tchou PARIS 2000

Kaës R *: L'appareil psychique groupal* Dunod 2010

de Kesvadoué J.."La santé mentale en France à l'aube du XXIème siècle "in R.Lepoutre et J.de Kervasdoué (dir*):la santé mentale des français* .Odile Jacob Paris 2002

Kirk S. et Kutchins . H :*Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine* .Les empêcheurs de tourner en rond .Plessis Robinson1998

Koyré. A *Du monde clos à l'univers infini* Gallimard Tel Paris

Kuhn T.S.: *La structure des révolutions scientifiques.* Flammarion. Paris 1972

Lacan. J: *Ecrits.* Le Seuil. Paris 1966.

Lacan J. "Propos sur la causalité psychique" in .Ey H (Dir) *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses (3ème colloque de Bonneval)* Tchou 2004. Repris in Lacan. J: *Ecrits.* Le Seuil. Paris 1966.

Lacan J.."L'agressivité en psychanalyse" in *Écrits* Le Seuil 1966

Lacan J ."Fonction et champ de la parole et du langage " in *Ecrits* Seuil 1966

Lacan, J. *Séminaire 1:Les écrits techniques de Freud* Le Seuil 1975

Lévi . P. *Si c'est un homme* Julliard Paris 1987

Laing.R. *Le moi divisé*. Stock. Paris 1979

Laing R et Cooper D. *Raison et violence*. Payot 1972

Lalande. A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*.PUF Paris 1962

Lantéri-Laura. G *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne.* Le Temps Paris 1998

Lantéri Laura G, *Histoire contemporaine de la psychiatrie française*, in Ehrenberg et Lovell Odile Jacob. Paris 2001

Laplanche J et Pontalis J.B.: *le vocabulaire de la psychanalyse* .Puf 1967

Le Blanc G. "La reconnaissance à l'épreuve de la méconnaissance" in S. Haber(dir) *Des pathologies sociales aux pathologies mentales* .Presses universitaires de Franche-Comté 2010

Lepoutre R.et de Kervasdoué J. (dir):*la santé mentale des français* . Odile Jacob Paris 2002

Lepoutre R *Psychiatrie et Santé mentale* in: Lepoutre et Kersvadoué Odile Jacob Paris 2002

.Lepoutre: R *Le malade ,sujet de soins* in J.de Kervasdoué et R.Lepoutre op cit

.Lepoutre R .*La santé mentale en chiffres*, in J de Kervasdoué et R.Lepoutre (dir)op cit

Lévi-Strauss C: *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss* in M.Mauss *"Sociologie et anthropologie*
Puf Quadrige 2003

Lévi-Strauss C :*Le sorcier et la magie*. Les temps modernes n°41.1949.Réédité dans Anthropologie Structurale1 Plon presses Pocket 1974

Louzoun C et Stylianidis. S. *La nouvelle psychiatrie italienne* .La Documentation Française 1987

Maldiney. H : "De la transpassibilité " in *Penser l'homme et la folie* Millon Grenoble 2007

Mannoni M *Enfance Aliénée* Denoël Paris 1984

Marzano. M *Je consens, donc je suis*..PUF Paris 2006

Mauss M *Sociologie et anthropologie* Puf Quadrige 2003

Mauss M "Essai sur le don " in *Sociologie et anthropologie* op cit

Mauss M. "Esquisse d'une théorie générale de la magie" in M.Mauss *:Sociologie et anthropologie* op cit

Mauss M "Apports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie " in M.Mauss *:Sociologie et anthropologie* op cit

Mauss M :"Les techniques du corps "in M.Mauss *:Sociologie et anthropologie* op cit

Mead M *: Mœurs et sexualité en Océanie* Plon Paris 1963 Pocket 2004.

Morel. P: "Dictionnaire Biographique: Bleuler" in Postel J et. Quetel C (dir) *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie* ,Privat 1983

Oury J. :*Il, donc* UGE 1978

Oury. J. *le Collectif* Scarabée1986

Oury J et Depussé M:*A quelle heure passe le train*...Calman-Lévy Paris 2003

Ouellet J-N: "L'appropriation du pouvoir :un concept au bout de ses promesses?" in:AGIDD-SMQ: *L'appropriation du pouvoir: ensemble ,on y gagne* Actes de la journée de réflexion et d'échange..op cit

Paasalina A."*le Meunier Hurlant* "Denoël 1991

Pelletier A. et Delaporte Y. *Moi, Armand né sourd et muet*. Plon Terre Humaine2002

Pewzner E. *Le fou, l'aliéné ,le patient* .unod. Paris 1995

Piel E.*L'exclusion et la norme* inJ.de Kersvadoué et R.Lepoutre op cit

Postel J et. Quetel C (dir) *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie* ,Privat 1983

Quétel C. *: Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours.* Tallandier. Paris 2009

Rabinow. P. "Artifices et Lumières de la sociobiologie à la biosocialité" in A.Ehrenberg et A.Lovell op cit

Ravaud JF *Modèle individuel, modèle médical, modèle social: la question du sujet*. Handicap 81./1999

Reisnik. S. *Psychose et personne* Payot 1973

Ricoeur P.: *La mémoire, l'histoire, l'oubli* Le Seuil Paris 2000 p155

Roudinesco E et Plon M :, *Dictionnaire de la psychanalyse* Fayard 1997

Roudinesco E (dir): *Penser la folie*. Galilée Paris 1992

Roudinesco.E. " Lectures de l'Histoire de la folie: introduction" in Roudinesco *Penser la folie* op cit

Sacks O: *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Le Seuil Paris1988

de Saussure. F *Cours de linguistique générale* .Payot 1972

Sauvagnargues. A *Deleuze et l'art* UF 2005

Sauvagnargues. A *Cours* Université Paris Ouest-Nanterre 1er semestre 2011-2012

Sen A: *Repenser l'inégalité* Le Seuil paris 2000

Sicard D. *La médecine sans le corps,* Paris Plon 2002

Sivadon P :*Psychiatries et Socialités* Erès. Toulouse 1993

.Swain G: "*De Hegel à Kant: deux époques de la folie* in *Dialogue avec l'insensé* Gallimard Paris 1994

Spinoza B *Œuvre III Ethique* GF Flammarion 1665

Szasz T *Le mythe de la maladie mentale*. Payot. P aris1975

Tosquelles. F Le vécu de la fin du monde dans la folie. Arefppi 1986

Trillat E :*Une histoire de la psychiatrie au XXème siècle*, in J. Postel et C. Quetel (dir) *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie* ,Privat 1983 p454

Vergès-Leroux. J. *Le travail social* Minuit Paris1978

Vernant J P *: Les origines de la pensée grecque* PUF Paris 1992

Vernant J.P.*Raison d'hier et d'aujourd'hui,* in *Religions ,histoires ,raisons* 10/18 la Découverte Paris 1979

Vie Sociale et Traitement(VST) n°128 mai 180:*Georges Daumézon*

Weber. M. *Economie et société*. t1 chap I,§16

Word Network of Users and survivors of Psychiatry: *Implementation manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities* diffusé sur internet:http://wnusp.rafus.dk/crpd.html.

Wolf M-A :*Dialogue avec le sujet psychotique* Triptyque 2005

Zarifian. E. *Les jardiniers de la folie* Odile Jacob 1988

Zarifian. E. "Cinquante ans de médicaments psychotropes". in J de Kervasdoué et Lepoutre R. (dir)